



# **Universidade Católica Portuguesa**

## **Centro Regional de Braga**

### **Relação entre Ansiedade, Coping e Qualidade de Vida em pacientes institucionalizados e não institucionalizados**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde.**

**Márcia Filipa da Silva Correia**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO 2014



# **Universidade Católica Portuguesa**

## **Centro Regional de Braga**

### **Relação entre Ansiedade, Coping e Qualidade de Vida em pacientes institucionalizados e não institucionalizados**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Márcia Filipa da Silva Correia**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Eleonora Cunha  
Veiga Costa  
Co-Orientação do Mestre Domingos Júlio Gomes  
Alves Ferreira



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO 2014

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a contribuição direta ou indireta de algumas pessoas, às quais quero expressar o meu sincero agradecimento:

Em primeiro lugar queria agradecer aos meus pais, pois sem o seu esforço e apoio a realização do Mestrado não teria sido possível, mesmo passando dificuldades nunca desistiram de me ver formada.

Agradeço aos meus irmãos, Sílvio e Luís por todo o apoio prestado, e força que me tem dado durante este longo percurso. Assim como, a minha restante família que me tem ajudado dando-me sempre uma palavra de apoio e coragem ao longo destes cinco anos.

Ao Doutorando Domingos Ferreira que como orientador esteve sempre presente, pelo apoio e compreensão constante, ajuda e disponibilidade demonstrada ao longo do estágio.

À Professora Doutora Eleonora Costa por todo o apoio prestado ao longo de tudo o percurso académico, bem como a disponibilidade demonstrada.

Agradeço a algo que é Divino que me tem dado muita força, que me ajudou a levantar-me todos os dias não me deixou desistir, dando sempre coragem para um novo dia.

Agradeço a Casa de Saúde do Bom Jesus de Braga, pois sem a sua autorização esta investigação não seria possível.

A todos, o meu mais sincero Obrigada!

## RESUMO

Esta investigação correlacional propôs-se estudar a relação entre os níveis de ansiedade, as competências de coping e a qualidade de vida, numa amostra de 92 sujeitos institucionalizados e não institucionalizados, de forma a entender melhor a relação entre as variáveis em estudo. Ao nível das hipóteses procurou-se estudar as diferenças ao nível da ansiedade, coping e qualidade de vida. Analisaram-se ainda as influências entre o género, no que diz respeito à ansiedade, coping e qualidade de vida; as diferenças entre os sujeitos institucionalizados e não institucionalizados relativamente à ansiedade, coping e qualidade de vida; diferenças entre os níveis de formação relativamente à ansiedade, coping e qualidade de vida e por último as diferenças entre o estado civil no que diz respeito às variáveis em estudo. Estas hipóteses foram testadas com o auxílio de um questionário sociodemográfico, do Inventário de Ansiedade Estrado-Traço (STAI; Spielberger, 1979; versão portuguesa adaptada por Ponciano, 2001), para avaliar a ansiedade, o Brief Cope (Coper, 1997; versão portuguesa adaptada por Ribeiro & Rodrigues, 2004), para avaliar o coping e o Questionário de Saúde reduzido (SF-36; Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; versão portuguesa de Ferreira, 2000), para avaliar a qualidade de vida. Os resultados da nossa investigação indicam que os sujeitos que apresentam uma maior ansiedade, apresentam menores estratégias de coping e menor qualidade de vida. De igual forma, os resultados indicam que os sujeitos institucionalizados não apresentam diferenças relativamente aos não institucionalizados no que se refere à ansiedade e qualidade de vida.

Palavras-Chave: Ansiedade, Coping, Qualidade de Vida.

## **ABSTRACT**

*This correlational research aimed to study the relationship between anxiety levels, coping skills and quality of life in a sample of 92 institutionalized and non-institutionalized subjects, in order to better understand the relationship between the study variables. In terms of the hypotheses we tried to study the differences in anxiety, coping and quality of life. We also analyzed the influences between genders in relation to anxiety, coping and quality of life; the differences between institutionalized and non-institutionalized subjects relatively to anxiety, coping and quality of life; differences between education levels on anxiety, coping and quality of life; and differences between marital status with regard to the variables under study. These hypotheses were tested with the aid of the demographic questionnaire, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, 1979; portuguese version adapted by Ponciano, 2001), to study the anxiety, the Brief Cope (Coper, 1997; portuguese version adapted by Ribeiro & Rodrigues, 2004), to study coping and Health Questionnaire Reduced (SF-36; Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; portuguese version adapted by Ferreira, 2000), to study quality of life. The results of our investigation indicated that individuals who has greater anxiety, has lower coping strategies and lower quality of life. However, the results also indicated that institutionalized subjects did not differ from non-institutionalized subjects with regard to anxiety and quality of life.*

*Keywords: Anxiety, Coping, Quality of Life.*

## ÍNDICE

Introdução.....	8
Parte I – Conceptualização Teórica.....	10
1. Conceptualização da ansiedade.....	11
1.1. Caracterização da ansiedade .....	12
1.2. Perturbações de ansiedade.....	13
1.3. Tratamento da ansiedade.....	14
1.4. Relação entre ansiedade e qualidade de vida.....	15
1.5. Avaliação da ansiedade.....	15
2. Conceptualização do Coping.....	17
2.1. Definição de coping.....	17
2.2. Relação entre coping e ansiedade .....	20
2.3. Estratégias e Estilos de coping.....	22
2.4. Avaliação do coping .....	23
3. Conceptualização da Qualidade de Vida.....	25
3.1. Definição de qualidade de vida.....	26
3.2. Noção de saúde mental.....	27
3.3. Relação entre qualidade de vida e coping.....	29
3.4. Instrumento que avaliam a qualidade de vida.....	30
Parte II – Estudo Empírico .....	32
4. Método .....	33
4.1. Hipóteses e Variáveis .....	33
4.1.1 Hipótese 1 .....	33
4.1.2 Hipótese 2 .....	34
4.1.3 Hipótese 3 .....	34
4.2. Desenho do Estudo .....	34
4.3. Participantes .....	35

4.4. Instrumentos e Material .....	36
4.4.1 Ficha de identificação e caracterização sociodemográfica.....	36
4.4.2 Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI) .....	37
4.4.3 Brief Cope (BC) .....	40
4.4.4 Questionário de saúde reduzido (SF-36) .....	43
4.5. Procedimento de recolha e análise dos dados .....	46
4.6. Resultados .....	47
4.6.1 Estudo do ansiedade .....	47
4.6.2 Estudo do coping.....	48
4.6. Estudo da qualidade de vida.....	49
4.6.3 Teste de Hipóteses .....	50
4.6.3.1. Hipótese 1 .....	50
4.6.3.2. Hipótese 2 .....	54
4.6.3.3. Hipótese 3 .....	56
5. Discussão dos Resultados .....	62
Conclusão.....	67
Referências bibliográficas.....	69
Anexos.....	82

## Índice de Tabelas

Quadro 1: Características sociodemográficas dos participantes .....	35
Quadro 2: Resultados da análise da consistência interna do STAI Y1/2.....	37
Quadro 3: Resultado da análise da consistência interna do BRIEF COPE .....	40
Quadro 4: Resultado da análise da consistência interna do SF-36 .....	44
Quadro 5: Resultados das subescalas do STAI Y1/2.....	48
Quadro 6: Resultados das subescalas do Brief Cope.....	48
Quadro 7: Resultados das subescalas do SF-36.....	50
Quadro 8: Coeficientes de correlação de Spearman's rho entre os níveis de ansiedade, estratégias de coping e qualidade de vida.....	52
Quadro 9: Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para comparação dos grupos institucionalizados e não institucionalizados relativamente a ansiedade, estratégias de coping e qualidade de vida.....	54
Quadro 10: Coeficientes de correlação de Spearman's rho entre o grupo idade e ansiedade, estratégias de coping e qualidade de vida.....	56
Quadro 11: Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para comparação dos grupos feminino e masculino relativamente a ansiedade, estratégias de coping e qualidade de vida.....	58
Quadro 12: Resultado dos testes de <i>Kruskal-Wallis</i> para comparação dos grupos relativos ao estado civil quanto à ansiedade, estratégias de coping e qualidade de vida.....	59
Quadro 13: Resultado dos testes de <i>Kruskal-Wallis</i> para comparação dos grupos relativos ao nível de formação quanto à ansiedade, estratégias de coping e qualidade de vida.....	60



## Índice de Anexos

Anexo I-Consentimento informado.....	83
Anexo II-Questionário sociodemográfico .....	86
Anexo III-Inventário de ansiedade estrado-traço.....	88
Anexo IV-Brief Cope.....	91
Anexo V-Questionário de saúde reduzido (SF-36).....	94
Anexo VI- Autorizações de utilização dos instrumentos.....	99

## INTRODUÇÃO

Todos os seres humanos vivenciam ao longo da vida experiências ansiosas, sendo que esta em níveis normais torna-se útil para o indivíduo ativando comportamentos de prevenção, no entanto, a ansiedade quando ultrapassa os limites da normalidade leva a um bloqueio e a uma sensação de insegurança, tornando-se nesses casos patológica (Pires, 2003; Stein, 2004), tornando-se desta forma essencial saber lidar com as diversas situações que acontecem aquando de um episódio de ansiedade, sendo necessário desta forma as estratégias de *coping*, para conseguir lidar com as diversas situações, tornando-se assim relevante abordar o conceito do *coping*. O *coping* tem sido definido como um fator equilibrador, facilitando o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes (Holahan & Moos, 1987 cit in Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A observação e o estudo dos comportamentos humanos perante acontecimentos aflitivos e causadores de *stress* da vida, há muito que chamam a atenção dos investigadores. A questão de saber como as pessoas reagem, enfrentam e se adaptam a situações difíceis é de grande importância, do ponto de vista psicológico e social (Fisher & Tarquinio, 2010). O desenvolvimento positivo e saudável é resultado de uma influência global das relações entre o indivíduo em desenvolvimento, contemplando fatores biológicos, psicológicos, familiares, comunitários, culturais, do ambiente físico e do nicho histórico. As normas para um desenvolvimento adaptativo emergem desta interação entre o indivíduo e o seu contexto, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida (Lerner et al, 2005).

Devido ao progresso científico e tecnológico que aumentou a expectativa de vida, passou a prestar-se atenção à qualidade de vida dos indivíduos (Awad, 2008). A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde visa, assim, perceber de que forma os diferentes domínios são influenciados pelas características da doença que afeta a pessoa (Ribeiro, 2008). Assim é importante avaliar a relação entre a ansiedade e o *coping*, assim como a sua influência na qualidade de vida. Desta forma, este trabalho pretende estudar a possível relação entre ansiedade, *coping* e qualidade de vida, considerando fatores como a institucionalização, as diferenças de género, a idade, o estado civil e o nível de formação.

Ao nível estrutural, este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Numa primeira etapa será realizado um enquadramento teórico constituído por três capítulos,

designadamente da ansiedade, do *coping* e da qualidade de vida. No primeiro capítulo será feita uma abordagem do conceito de ansiedade, das perturbações de ansiedade, do seu tratamento, a relação entre a ansiedade e a qualidade de vida e por fim a avaliação da ansiedade.

No segundo capítulo, será realizada a conceptualização do *coping*, bem como a sua relação com a ansiedade, as estratégias e estilos de *coping* e a avaliação do *coping*. Por fim, o terceiro capítulo inicia-se com a definição de qualidade de vida, a noção de saúde mental, a relação entre a qualidade de vida e o *coping* e por fim os instrumentos para avaliar o *coping*. A segunda parte da presente dissertação diz respeito à parte empírica da investigação contendo dois capítulos nos quais será descrita a metodologia do estudo, serão apresentados os resultados e, por fim, proceder-se-á à discussão dos mesmos sob um ponto de vista científico e crítico.

**PARTE I**  
**CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

## CAPÍTULO I

### CONCEPTUALIZAÇÃO DA ANSIEDADE

A ansiedade é uma emoção normal que ajuda o indivíduo a reagir face ao perigo, estimulando a sua capacidade de resposta à situação ameaçadora, podendo desta forma, referir que não é um estado normal, mas sim uma reação normal a uma situação vista como perigosa para o indivíduo (Vallejo, 1991). As experiências de sensações de medo e de ansiedade são universais e comuns a todo o ser humano. A ansiedade aparece muitas vezes associada ao medo que tem como propósito alertar e proteger o indivíduo de qualquer perigo a que possa estar sujeito (First & Tasman, 2010).

Podendo afirmar segundo Bernik (1999) que existem quatro componentes presentes em todos os indivíduos nas situações de ansiedade patológica, designadamente manifestações cognitivas, como pensamentos de apreensão quanto a um desfecho negativo de uma situação do dia-a-dia, (e.g., o indivíduo ter medo de morrer e até de perder o controlo); manifestações somáticas, sendo que aqui os sintomas físicos ou somáticos estão associados a sensação de falta de ar, taquicardia, tremores, tensão muscular, hiperatividade autonómica; manifestações comportamentais, como inquietação, evitação de situações temidas e manifestações emocionais, como a vivência subjetiva de desprazer ou desconforto que fazem com que o indivíduo tente fugir da situação.

Segundo o mesmo autor, o primeiro passo no tratamento da ansiedade é averiguar se esta é ou não patológica, para não ocorrer o risco de se tratar uma ansiedade normal, adaptativa e desejável, sendo que a ansiedade patológica pode advir de várias condições, nomeadamente condições médicas, abuso de álcool, drogas e medicamentos.

Mychailyszyn e colaboradores (2010) referem que as perturbações de ansiedade são comuns na infância, associadas a altos níveis de *stress* emocional, consequente também de resultados a nível académico e a danos causados pela sociedade. As perturbações de ansiedade têm uma taxa elevada de comorbidade com as perturbações afetivas e somáticas, associando-se a estas com largos prejuízos, uma maior gravidade e um curso crónico (Hofmeijer-Sevink et al., 2012), podendo afirmar que as perturbações de ansiedade não levam apenas ao sofrimento pessoal, mas também a consequências a nível social, necessitando desta forma de tratamentos eficazes (Kessler et al., 2008).

Neste capítulo irá ser abordado o conceito de ansiedade, bem como os critérios de diagnóstico de perturbações de ansiedade. Além disso serão discutidas as suas causas, fatores, prevalência e tratamento e será também feito um subcapítulo sobre a relação entre ansiedade e qualidade de vida, sendo este pertinente para o estudo em questão.

### **1.1. Caracterização da Ansiedade**

Etimologicamente, a palavra ansiedade provém do termo grego “*Anshein*”, que significa estrangular, sufocar, oprimir (APA, 2002). O estudo da ansiedade remonta à filosofia da antiguidade clássica. Para Sócrates, o homem sofre de angústia porque não se conhece sequer a si mesmo, enquanto para Platão, é porque ele vive inconscientemente numa caverna escura (Cunha, 2012). Todos os seres humanos vivenciam, ao longo da sua vida experiências ansiosas, sendo que esta ansiedade, em níveis normais é utilitária e orienta a ativação de comportamentos de prevenção. Desta forma, a ansiedade é uma reação positiva e natural que o organismo usa para se proteger face a um perigo real, ou perante uma situação interpretada pelos indivíduos como difícil (Shri, 2010).

No entanto, a ansiedade pode ultrapassar os limites da normalidade, levando ao bloqueio e destruição, tornando-se nesses casos patológica (Pires, 2003; Stein, 2004). A ansiedade patológica é, segundo Graziani (2005) causadora de elevado sofrimento para o sujeito, influenciando os processos de atribuição de sentido e de significado à experiência, levando a que ocorram distorções na percepção e no processamento da informação. O mesmo autor menciona que a ansiedade surge da avaliação cognitiva e corresponde a um conjunto de cognições e afetos perante uma situação ameaçadora, nomeadamente sentimento de apreensão, ativação de diversos sistemas psicofisiológicos e percepção de um perigo iminente, mencionando ainda que a ansiedade se torna um fator adaptativo, com uma mobilização de recursos físicos e psicológicos para enfrentar o que ameaça o indivíduo e que pode permitir transformações que possibilitam o desenvolvimento psicológico.

Apesar da associação feita entre medo e ansiedade, pode concluir-se que ambas as emoções são diferenciadas. Deste modo, no medo há uma ameaça que é real, concreta e imediata, que provoca um comportamento de fuga ou luta. Por outro lado, na ansiedade, o estado emocional é aversivo, não existindo uma fonte de perigo real mas sim incerta que provoca um medo a algo concreto e, de certa forma, não perigoso para o indivíduo (Varela, 2006). Heimberg, Turk e Mennin (2004), referem que o medo torna-se benéfico facilitando a

luta ou a fuga a ambientes que ameaçam a sobrevivência do indivíduo, mas que pode ser expressado de forma patológica, como se observa nas perturbações de ansiedade, em que o medo se torna excessivo, podendo levar a comportamentos desadaptativos em resposta a situações que não são realmente ameaçadoras.

## **1.2. Perturbações de Ansiedade**

Segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005) a ansiedade tem uma prevalência elevada na população portuguesa e mundial, mencionando que 22% da população em geral sofre, em algum momento da sua vida, de uma perturbação de ansiedade. A investigação epidemiológica sugere que as perturbações de ansiedade têm a mais alta taxa de prevalência entre as perturbações psiquiátricas, com uma prevalência de 12 meses de 18,1% e uma prevalência de vida de 28,8% (Kessler, Berglund et al., 2005). Quando se comparam indivíduos com perturbação de ansiedade e indivíduos sem perturbação de ansiedade, uma das características iniciais que os distingue ocorre a nível fisiológico, nomeadamente através da tensão muscular (Marten et al, 1993 cit in Barlow & Durand, 2006). A ansiedade pode organizar-se em diversas perturbações de ansiedade tendo em conta a intensidade da mesma perante determinadas situações e a vulnerabilidade psicológica ou biológica do sujeito (Graziani, 2005).

As perturbações de ansiedade são os quadros psiquiátricos mais comuns, tanto em crianças como em adultos, (Castillo et al,2000). Segundo o DSM-IV (APA, 2002), a perturbação de ansiedade abrange diferentes tipos de perturbações. A Perturbação de Ansiedade Generalizada ocorre mais frequentemente na adolescência, e manifesta-se por preocupações excessivas, incontrolláveis e múltiplas (APA,2002). Estas preocupações habitualmente centram-se em temas relacionados com competência, acontecimentos futuros e desconhecidos, aprovação, catástrofes, pontualidade. Os sintomas mais comuns são a irritabilidade, fadiga, dificuldades de concentração e queixas somáticas, pais muito exigentes ou, pelo contrário, demasiado flexíveis ou permissivos que constituem um fator de risco para este tipo de perturbação (Marques & Crujo, 2009).

De acordo com o DSM-IV (APA, 2002), os ataques de pânico são caracterizados por um período de medo, apreensão e terror associados a sensação de desastre próximo. A agorafobia que é o evitamento a lugares ou situações onde a fuga pode ser difícil. A fobia específica é caracterizada por uma ansiedade provocada pela exposição a uma situação ou objeto temido. A fobia social é o aumento da ansiedade causado pela exposição a situações sociais ou de desempenho que frequentemente conduzem ao evitamento. A perturbação

obsessiva compulsiva é caracterizada por obsessões causadoras de mal-estar e compulsões que servem para neutralizar a ansiedade. A perturbação do stress pós-traumático é causada pela reexperiência de um acontecimento traumático. A perturbação aguda do *stress* é semelhante à perturbação de stress pós-traumático mas ocorre de imediato. A perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral é caracterizada por sintomas de ansiedade consequentes a um estado físico geral. A perturbação de ansiedade induzida por substâncias é caracterizada por sintomas de ansiedade derivados do abuso direto de drogas, medicamentos e tóxicos. A perturbação de ansiedade sem outra especificação diz respeito a perturbações que não preenchem os critérios de nenhuma perturbação de ansiedade específica (APA, 2002).

### **1.3. Tratamentos na Ansiedade**

O tratamento nas perturbações de ansiedade pode ser realizado de diferentes formas, nomeadamente através de farmacologia ou através de Psicoterapia, sendo que a psicoterapia complementa o uso de fármacos. São cada vez mais as pessoas que optam pelo tratamento medicamentoso na ansiedade, sendo que os psiquiatras e os psicólogos alertam para que em determinadas situações, apesar do método ser indispensável, não é curativo, visto ter como intuito alterar o humor (Varela, 2006). A evolução a nível da farmacoterapia nas perturbações de ansiedade refletem toda a história das mesmas, sendo a ansiedade um sintoma que está presente desde muito cedo, com os ansiolíticos a serem os fármacos mais usados pelos psiquiatras (Keen & Stein, 2011).

A introdução de benzodiazepínicos e antidepressivos tricíclicos (ADTs) foram um avanço importante na terapia farmacológica das perturbações de ansiedade, onde foram realizados ensaios controlados, que demonstram resultados benéficos do uso desses fármacos para o indivíduo (Baldwin & Polkinghorn, 2005). Os fármacos mais utilizados no tratamento da ansiedade são os ansiolíticos constituídos pelas benzodiazepinas inibidoras de atividades dos neurotransmissores (e.g., GABA) provocando um efeito calmante, quando se trata de tratamentos a curto prazo, e antidepressivos que regulam a noradrenalina e a serotonina, atuando no estado depressivo, quando o tratamento é mais complexo e prolongado (Stein & Dan, 2010).

Relativamente ao tratamento psicológico, a psicoterapia mais comumente utilizada é a terapia cognitivo comportamental. Segundo Knapp (2004) a terapia cognitiva tem como



principal objetivo identificar e corrigir modelos de pensamentos, sejam estes conscientes ou inconscientes, existindo uma inter-relação entre a cognição, a emoção e o comportamento no funcionamento normal ou patológico do ser humano. A terapia cognitiva-comportamental é das mais eficientes no tratamento das perturbações de ansiedade (Graziani, 2005), consistindo na interpretação de pensamentos automáticos recorrentes feitos pelo sujeito relativamente ao meio ambiente, provocando uma emoção no sujeito que se traduz em alterações no seu comportamento (Beck, 1998, cit in Annichino & Matos, 2007).

#### **1.4. Relação entre Ansiedade e Qualidade de Vida**

A ansiedade quando não tratada de forma correta, torna-se crónica criando desta forma uma redução da qualidade de vida, incluindo diminuições no funcionamento social e podendo até conduzir a problemas de saúde mental (Mcndlowicz & Stein 2000). Segundo Olatunji, e colaboradores, (2007), a ansiedade está associada aos resultados da má qualidade de vida, particularmente no que se refere às dimensões psicológicas, sociais e a ausência de doenças físicas.

Um estudo realizado por Barrera e Norton (2009) conclui, que a perturbação de ansiedade compromete significativamente a satisfação com a qualidade de vida do indivíduo, bem como o funcionamento psicossocial relativamente a indivíduos sem qualquer tipo de ansiedade patológica. O desenvolvimento positivo, saudável e a potencial mudança de comportamento, crenças e atitudes, é resultado de uma influência global das relações entre o indivíduo e fatores de desenvolvimento, nomeadamente fatores biológicos, psicológicos, familiares, comunitários, culturais, relativos ao ambiente físico e nicho histórico. As normas para um desenvolvimento adaptativo emergem desta interação entre o indivíduo e o seu contexto, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida (Lerner et al, 2005).

#### **1.5. Avaliação na Ansiedade**

Um dos instrumentos utilizados para avaliar a ansiedade é o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI), sendo este um instrumento de autorresposta que avalia a ansiedade, sendo composto por duas escalas, uma com 20 itens que avalia a Ansiedade-Traço e outra com 20 itens que avalia a Ansiedade-Estado. A Ansiedade-Estado avalia o estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos, de atenção e

apreensão. A Ansiedade-Traço avalia a tendência ansiosa, relativamente estável, que caracteriza os indivíduos com tendência a compreender as situações como ameaçadoras.

Outro instrumento para avaliar a ansiedade é o Inventário de ansiedade de Beck (BAI), que é um instrumento de autorrelato de 21 itens destinados a avaliar a gravidade da sintomatologia ansiosa. Cada item do BAI reflete um sintoma de ansiedade e cada pessoa deve avaliar o grau das afirmações descritivas de ansiedade durante a última semana, ainda que as alternativas de resposta constituam uma escala de Likert de quatro pontos de 0 (absolutamente nada) a 3 (grave dificuldade em suportar) (Cunha, 2001).

Outra escala que avalia a ansiedade é a Escala de Ansiedade de Hamilton (1959), que compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, composto por sete itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com sete itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade, o que possibilita obter resultados parciais para cada grupo de itens.

A ansiedade é uma reação normal que prepara o indivíduo para um acontecimento futuro ou uma situação mais desagradável para a pessoa, sendo uma reação normal a um determinado estímulo. Quando a ansiedade se torna patológica, ou seja, incontrolável, pouco realista e com consequências para o indivíduo, como pensamentos recorrentes e persistentes, preocupações extremamente perturbadoras e stressantes, podem surgir perturbações de ansiedade. Toda a ansiedade pode ser controlada através de fármacos e de psicoterapia, mais concretamente o uso da terapia cognitiva-comportamental, que ajuda a pessoa a compreender o que está a causar a ansiedade, assim como de que forma e que estratégias de *coping* pode utilizar para lidar com as situações que geram ansiedade.

Podemos desta forma afirmar que a ansiedade está presente em todos os indivíduos, quando estes se deparam com situações ou mesmo objetos que desencadeiam emoções de perigo e de ameaça. Com isto se pode concluir que independentemente do diagnóstico que é dado, existe tratamento e os factos mostram que existem imensos tratamentos diferentes para ajudar as pessoas, pois cada caso é um caso, e a recuperação é elevada, devendo-se fazer uso das estratégias de *coping* de forma a diminuir o impacto que a ansiedade produz no dia-a-dia, e que afeta seriamente a qualidade de vida. Em função disto, no próximo capítulo iremos debruçar-nos sobre o *coping*.

## CAPÍTULO II

### CONCEPTUALIZAÇÃO DO *COPING*

Há várias definições do conceito de *coping*, no entanto todas diferem devido ao suporte que lhe é atribuído, referindo-se geralmente à capacidade do indivíduo ajustar, adaptar e gerir acontecimentos stressantes (Holahan & Moss, 1987). De acordo com Ribeiro e Rodrigues (2004), é fundamental que o *coping* seja um mediador entre o acontecimento e a consequência, considerando desta forma a importância da necessidade em obter resultados positivos por um período maior de tempo, de forma a ocorrer a adaptação a esse mesmo acontecimento. Segundo Costa e Leal (2006), a relação estabelecida entre os acontecimentos perturbadores e os sentimentos, pensamentos e comportamentos que o organismo tem, denota-se como *stress*, e para uma melhor adaptação ao *stress* é necessário a aprendizagem de estratégias de *coping*.

Desta forma o *coping* é entendido como uma tentativa individual de confrontar as ameaças do dia-a-dia, contemplando respostas que poderão surtir muito ou pouco efeito na situação stressante, e podendo desta forma, gerar respostas com impacto positivo ou negativo na saúde e bem-estar do indivíduo (Monat, Lazarus & Gretchen, 2007). As teorias mais recentes acerca do *stress* e do *coping* defendem que o processo entre o indivíduo e as situações envolve constantes interações e ajustamentos, sendo o indivíduo um agente ativo capaz de influenciar o impacto de um stressor através do uso de estratégias de *coping*. Assim, quanto melhores as estratégias do indivíduo menor será a sua vulnerabilidade ao *stress* (Lazarus & Folkman (1984).

Deste modo, neste capítulo irá definir-se o conceito de *coping*. Posteriormente e pela ligação fulcral entre *coping* e *stress*, será também definido o *stress*, assim como as estratégias e estilos de *coping*. Por fim irão ser mencionados alguns instrumentos para a avaliação psicológica do *coping*.

#### **2.1. Definição do *Coping***

Segundo Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira, (1998) o conceito de *coping*, apesar de já ter sido referenciado na década 1940, somente a partir da década de 1960, é que passou a ser objeto de um maior número de pesquisas e publicações, tornando-se a partir de 1980, um conceito importante em vários estudos e programas educativos e sociais (Lazarus & Folkman, 1984). De acordo com Fisher e Tarquinio, (2010), ao longo das décadas, veio a sofrer um

crescimento constante e gradual, tendo sido adotada uma perspectiva mais ampla e holística, na qual o comportamento de *coping* é analisado como parte resultante de um largo espectro de fatores de personalidade, tais como capacidades, competências, capacidade emocional, expectativas, crenças, valores, objetivos, compromissos e papéis. Segundo os mesmos autores, a observação e o estudo dos comportamentos humanos perante acontecimentos dolorosos e causadores de *stress* de vida, há muito que chamam a atenção dos investigadores. A questão de saber como as pessoas reagem, enfrentam e se adaptam a situações difíceis é de grande importância do ponto de vista psicológico e social.

Ramos e Carvalho (2007) definem que o *coping* é utilizado como um processo para lidar e usar estratégias em várias situações stressantes do dia-a-dia. Durante muito tempo o *coping* foi interpretado e analisado como uma classe isolada de comportamentos que se verificavam em resposta a condições stressantes tal como referem Compas e colaboradores, (2001), o *coping* é um processo dirigido a um objetivo, no qual o indivíduo orienta pensamentos e comportamentos no sentido de resolver a fonte do *stress* ou lidar com as reações emocionais ao *stress*. Os mesmos autores definem *coping* como os esforços intencionais e conscientes para a regulação das emoções, das cognições, dos comportamentos, da fisiologia e do ambiente, em resposta a acontecimentos ou circunstâncias stressantes. Estes processos de regulação estão dependentes do desenvolvimento biológico, cognitivo, social e emocional do indivíduo. Assim, o nível de desenvolvimento determina os recursos disponíveis para os processos de *coping* e limita o tipo de ações de *coping* que podem surgir.

A regulação envolve uma grande variedade de respostas, incluindo esforços para iniciar, terminar ou atrasar, modificar a forma, ou o conteúdo, assim como moldar a quantidade ou intensidade de um pensamento, emoção, comportamento ou reação fisiológica, ou redirecionar o pensamento ou comportamento para um novo alvo (Eiseberg et al.,1997). Conforme refere o modelo psicológico de Lazarus e Folkman (1984), o *coping* pode ser definido como um conjunto de dificuldades, quer a nível cognitivos quer comportamental, em que os indivíduos aplicam estratégias para lidar com as exigências características e procedentes a uma situação de *stress*, implicando que as estratégias de *coping* podem ser estudadas, experimentadas e de certo modo podem vir a ser utilizadas cada vez menos ao longo do tempo.

Segundo Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), existem duas formas de *coping*, nomeadamente o *coping* focalizado na emoção e o *coping* focalizado no problema. O *coping* focalizado na emoção agrupa estratégias que têm como intuito lidar com a resposta emocional desencadeada pelo evento stressor permitindo que o indivíduo pense e atue de uma forma eficiente. O *coping* focado no problema tem a ver com comportamentos que irão causar

mudanças diretamente na situação geradora de *stress* com o objetivo de modificar, de alguma forma, a ocorrência que está a requerer uma adaptação do indivíduo, permitindo lidar de forma adequada com situações indutoras de *stress*.

O *coping* focado no problema parece ser o mais eficaz a longo termo, nomeadamente no caso de situações controláveis, enquanto o *coping* focado na emoção é mais adequado para situações de curta duração e incontroláveis (Suls e Fletcher, 1985, cit in Krockner, 2003). Quando, por exemplo, um membro da família adoece, a pessoa utiliza simultaneamente a estratégia de *coping* focada no problema e também a estratégia de *coping* focada na emoção (Santos, 2013). Vários foram os autores que incidiram na personalidade para explicarem as variações no *coping*, demonstrando que estas são influenciadas pelas características da personalidade do indivíduo, ou seja, as pessoas detêm uma série de estratégias de *coping* fixas ao longo do tempo e que utilizam em situações stressantes (Molton et al., 2008; Ribeiro, 2007).

Carver e colaboradores (1989) e Carver (1997) propõem 16 dimensões para as estratégias de *coping*, sendo cinco dimensões para a avaliação dos aspetos focados no problema, nomeadamente o *coping* ativo, planeamento, supressão de atividades de competição, a contenção de estratégias de *coping*, e a procura por apoio social; cinco dimensões para a avaliação de aspetos relacionados com o *coping*, isto é, a busca de apoio emocional social, a reinterpretação positiva, aceitação e negação; e por fim seis dimensões para avaliação de respostas de *coping* que são úteis e focadas na emoção, distração mental e comportamental, humor, uso de drogas e culpabilização. Estas estratégias de *coping*, se forem utilizadas corretamente, serão eficazes e ajudarão a ultrapassar impactos indesejáveis de situações stressantes no bem-estar físico, emocional e mental do indivíduo (Carver, 1997).

Hartmann (2008) alega que lidar com a parte emocional deve ser fortemente reconsiderada, sugerindo usar melhores estratégias de *coping* a nível mental e emocional, dissociando e adaptando o confronto emocional, incluindo a procura de sentido e de aceitação dessa mesma situação. No entanto, a emoção é descrita como uma resposta emocional com o intuito de lidar ou suportar a situação stressante (Jackson, Mackenzie e Hobfoll). Scherer e Colaboradores (1988, cit in Cardoso, 2011) referem que o indivíduo pode iniciar com uma estratégia e posteriormente poderá prosseguir com outra, ou até mesmo com um leque de várias estratégias, considerando as possíveis alterações na relação pessoa-meio.

## 2.2. Relação entre *Coping* e Ansiedade

Um fator importante que afeta a ansiedade é o *stress*. Em Psicologia, o termo *stress* é utilizado para evocar as múltiplas dificuldades a que o indivíduo tem que fazer face, e os meios de que dispõe para gerir estas perturbações (Doron & Parot, 2001). O *stress* etimologicamente provém do latim *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum* que tem como significado apertar, comprimir, restringir. Segundo Serra (2007) o *stress* é um termo que está relacionado a situações que, em algum momento da vida, incomodam os indivíduos, sendo que a sua ocorrência pode determinar as consequências dessa situação no bem-estar e na saúde física e psíquica do indivíduo.

O modelo Biopsicossocial (Bernard & Krupat, 1994), que envolve componentes não apenas internos (e.g., ansiedade, medo), mas também externas (e.g., eventos de vida stressantes e acontecimentos quotidianos), prevê o envolvimento do meio e dos seus acontecimentos nas causas geradoras de respostas de *stress* e a sua influência na experiência individual em lidar com os fatores que desencadeiam processos de *stress*. Recentemente o *stress* foi definido “como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causado pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite, confunda ou mesmo que a faça imensamente feliz”. (Lipp, 2001; pp.20).

Lazarus e Folkman (1984, cit in Santos, 1990) propõem como definição de *stress* a relação estímulo-resposta e não cada um desses pólos separadamente. Como argumenta Santos (1990) existem três tipos de stressores, sendo o primeiro relativo às mudanças que afetam muitas pessoas (e.g., guerras), o segundo relativo às mudança que afetam uma ou poucas pessoas e que podem estar fora do controle individual, e por fim os pequenos acontecimentos do dia-a-dia que causam angustia e irritação. Lazarus e DeLongis (1983), entre outros autores, como Ribeiro (2007), apontam várias definições acerca dos tipos de *stress*, sendo elas acontecimentos do dia-a-dia, nomeadamente a morte de um ente querido e problemas da vida diária como a resolução de problemas.

Segundo Serra (2007), as causas do aparecimento de *stress* podem ser causas psicológicas, físicas e sociais, podendo emergir de um fator psicológico e ser externas ou internas relativamente ao indivíduo. Lazarus (1993, cit in Serra, 2007) menciona que o *stress* representa a relação que se estabelece entre a carga sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica, que perante a mesma, o indivíduo desencadeia. Aldwin (2007) menciona que

o facto de se responder ativamente aos contextos ambientais do dia-a-dia proporciona uma maior adequação, sendo assim mais fácil superar as dificuldades, tal como referem Lazarus e Folkman (1984) as experiências de vida stressantes e a sua adaptação têm como fator fundamental o *coping*, sendo que advém de resposta aos estímulos stressantes em diversos ambientes, promovendo a adaptação com o intuito de manter a integridade do indivíduo, quer a nível físico, quer psíquico, de forma a permitir a procura de estratégias adequadas à situação stressante e promovendo a sua adaptação.

Segundo Serra (2000), a reação do indivíduo perante acontecimentos stressantes depende da predisposição pessoal da pessoa, dos recursos que o indivíduo possui e do significado e importância que essas situações têm para o indivíduo. Deste modo, se o indivíduo desenvolve a perceção de não ter controlo nessa mesma situação, sentir-se-á vulnerável a esse acontecimento. López de Roda (1989; cit in Costa & Leal, 2006) distingue dois acontecimentos propícios aos eventos stressantes, particularmente as mudanças que ocorrem no dia-a-dia e a indesejabilidade.

Num estudo realizado por Connor, Jennifer e Compas (2002) sobre a vulnerabilidade ao *stress* social, usando o *coping* como mediador de sintomas de ansiedade e depressão, verificou-se que, apesar dos acontecimentos stressantes serem fulcrais nos sintomas de depressão e ansiedade, ambos os fatores são perceptíveis ao *stress*. Desta forma, os autores focaram-se nas estratégias de *coping* usadas em ambos os sintomas bem como na vulnerabilidade da personalidade face a stressores próprios de cada sintoma, verificando-se que o *coping* não mediatiza diretamente a relação entre os acontecimentos recentes de *stress*. É importante salientar que o *stress* só será ultrapassado se as estratégias de *coping* usadas forem eficientes, de outro modo o indivíduo voltará a avaliar a situação stressante até descobrir novas estratégias para a resolução do problema (Connor, Jennifer & Compas, 2002).

Na relação entre as estratégias de *coping* e a ansiedade, Legerstee e colaboradores (2011), mencionam que quando as estratégias de *coping* se relacionam de forma negativa com a ansiedade, estas podem ser consideradas como adaptativas para o bem-estar psicológico do sujeito. Por outro lado, as estratégias relacionadas de uma forma positiva com a ansiedade, são consideradas mal adaptativas para o sujeito. Folkman e Moskowitz (2004) referem que as estratégias de *coping* estão relacionadas com a regulação das emoções, nomeadamente a ansiedade, sendo que as estratégias de *coping* focadas no problema estão associadas a uma menor ansiedade e por outro lado, quando centradas nas emoções, as estratégias de *coping* estão associadas a um maior nível de ansiedade.

### 2.3. Estratégias e Estilos de *Coping*

A observação e o estudo dos comportamentos humanos perante acontecimentos angustiantes e causadores de *stress* da vida, há muito que têm sido alvo dos investigadores. O facto de se saber como as pessoas reagem, enfrentam e se adaptam a situações difíceis é de grande importância do ponto de vista psicológico e social (Fisher e Tarquinio, 2010). Existe uma complexidade em definir as estratégias de *coping* devido aos resultados obtidos, sendo vários os estudos que estudam a eficácia das estratégias (Suls, David & Harvey, 1996). Frydenberg e Lewis, (1993, cit in Ader & Erkin, 2012), mencionam que a forma como se tenta gerir as estratégias é um meio para encontrar o equilíbrio através da redução da influência de uma determinada preocupação. Depois de avaliar a situação stressante, o indivíduo desenvolve um conjunto de estratégias de *coping* para lidar com a situação no dia-a-dia (Koleck et al., 2003).

Segundo Folkman e Lazarus (1980) as estratégias de *coping* podem mudar dependendo da circunstância e do que provoca a situação stressante. A estratégia de *coping* torna-se eficaz quando o indivíduo consegue controlar e identificar essa mesma situação, de forma a reduzir o impacto quer a nível físico, quer a nível mental, reforçando assim a inconstância nas reações dos indivíduos e coadjuvando a impossibilidade de se antecipar respostas a partir do estilo de *coping* de cada indivíduo. No entanto, quando a situação fica fora do controlo da pessoa, os repetidos esforços são inúteis e desgastantes, sendo prejudiciais para a saúde (Lazarus & Folkman, 1984). Compas (1987) refere que a avaliação do *coping* envolve não só a estratégia utilizada, mas também a capacidade do indivíduo entender e saber quando tem de mudar as estratégias a utilizar, uma vez que as diferentes situações necessitam de estratégias diferentes.

Segundo Antoniazzi e colaboradores (1998), as estratégias de *coping* referem-se a ações cognitivas ou a um comportamento obtido aquando de uma situação de *stress*. Por sua vez, os estilos de *coping* têm sido mais relacionados a características de personalidade, podendo influenciar o uso das estratégias de *coping*. Para Lazarus e Folkman (1984), utilizar uma estratégia que seja eficaz irá promover uma melhor resolução do problema, bem como o aumento do sentimento positivo, promovendo a separação do evento causador de *stress*. Por outro lado, se estas não forem eficazes a situação stressante mantém-se, ocorrendo a necessidade de rever a estratégia usada para uma melhor adequação da mesma à situação.

As estratégias de *coping* podem ser caracterizadas de diferentes formas e com algumas semelhanças. Estas compreendem estratégias com o intuito de entender o sentido, ou o padrão centrado no problema, procurando confrontar a realidade e gerir as consequências. Assim tenta-



se construir uma situação mais favorável, que seja centrada no problema, usando estratégias para gerir os sentimentos causados pela crise e mantendo uma harmonia a nível afetivo (Moos e Schaefer, 1987, cit in Ribeiro, 2007). Segundo Folkman e colaboradores (1986), as estratégias de *coping* podem ser divididas em oito fatores, nomeadamente o confronto de forma agressiva, o esquecer uma perspetiva positiva acerca da situação, o esforço de autocontrolo para normalizar os próprios sentimentos, o suporte social na busca de informações e de apoio emocional, a aceitação e reconhecimento do problema, o evitamento da situação, os esforços concentrados na resolução do problema e a reavaliação da situação de forma a torná-la mais positiva.

Deste modo pode concluir-se que as estratégias de *coping* são essenciais para a redução das dificuldades apresentadas de forma a serem ajustadas às situações de cada indivíduo, sendo que a forma como estas são encaradas irá influenciar o bem-estar do indivíduo (Câmara & Sarriera, 2003). Segundo Dell’Aglia (2003), os estilos de *coping* são muitas vezes relacionados com características da personalidade, sendo as estratégias relacionadas com comportamentos e ações cognitivas tomadas num acontecimento de vida stressante. Miller (1981) denota dois estilos de *coping*, nomeadamente o *coping* de distração, onde ocorre uma proteção a nível cognitivo do problema, e o estilo mais monitorizado, onde o indivíduo presta uma maior atenção aos aspetos negativos (Seiffge-Krenke, 1995). Segundo Gelder e colaboradores (1996, cit in Ribeiro & Rodrigues, 2004) o uso contínuo de determinadas estratégias de *coping* poderá assim definir um determinado estilo de *coping*.

O indivíduo desenvolve varias formas de lidar com o *stress* e esses estilos, ou hábitos de *coping*, podem influenciar as reações às diferentes situações, definindo os estilos a utilizar nas reações de *coping* em situações de maior ou menor *stress* (Carver & Scheier 1994). Torna-se importante salientar que a forma como as pessoas lidam com estas situações depende também dos recursos disponíveis, assim como das limitações do seu uso, podendo ser pessoais (e.g, físicas, psicológicas) ou relativas ao suporte social e meios financeiros (Chaves et al, 2000),

## **2.4. Avaliação do *Coping***

Através da literatura nota-se uma dificuldade em avaliar o *coping* pelo facto de este não se limitar a ser apenas uma resposta a uma situação stressante, mas sendo um processo que envolve a interpretação individual de cada pessoa a uma situação. Um dos instrumentos usados para avaliar o *Coping* é o Brief Cope, inicialmente desenvolvido por Caver (1997) e adaptado

à população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004). O seu objetivo é avaliar o *coping* em adultos, sendo composto por 28 itens distribuídos em 14 subescalas, nomeadamente o *coping* ativo, planejar, utilizar suporte instrumental, suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distração, desinvestimento comportamental, o uso de substâncias (e.g., medicamentos/ álcool) e humor. Outro questionário muito utilizado por Folkman e Lazarus (1980) é o Ways of Coping Questionnaire (WCQ), um instrumento que investiga várias estratégias de *coping* como o confronto, o distanciamento, autocontrolo, a busca de suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga e evitação, planeamento e resolução do problema e reavaliação positiva.

Outro instrumento que avalia estas estratégias de *coping* é o Inventário de Estratégias de Coping (IEC) de Lazarus e Folkman (1984) adaptado para português por Savoia, Santana e Mejias (1996), que é constituído por 66 itens que englobam ações e pensamentos que as pessoas usam para lidar com as questões internas e externas das situações stressantes. A escala Jalowiec Coping Scale, concebida por Jalowiec em 1991, avalia a eficiência de cada estilo de *coping* baseados na elaboração cognitiva e comportamental. É composta por 40 itens tendo por base o modelo base de Lazarus e Folkman, ou seja, o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema. Por fim, o Questionário de Estilos de Coping (CSQ - Coping Styles Questionnaire) de Roger, Jarvis, e Najarian, (1993) fornece uma medida das estratégias de *coping* habitualmente utilizadas pelos indivíduos quando se encontram perante uma situação percebida como excedendo os seus recursos para lidar com a mesma.

O estudo sobre o *coping* permitiu de uma forma mais geral, concluir que as estratégias orientadas mais para o problema denotam ser as mais adequadas nas situações de maior controlo, de forma a serem associadas a um resultado mais visível. Por outro lado, as estratégias mais orientadas para a emoção são mais indicadas para situações de menor controlo. Desta forma pode concluir-se que são imensas as possibilidades de resposta que o sujeito pode ter nas diferentes situações, bem como a importância de ter os recursos disponíveis para o uso destas mesmas estratégias. A relação entre o *coping* e a ansiedade é também um facto, podendo estar intimamente relacionada com a qualidade de vida. De facto, o nível de ansiedade das pessoas e as estratégias de *coping* que utilizam para fazer face a situações stressantes, pode ter um forte impacto na qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, o próximo capítulo irá debruçar-se sobre a qualidade de vida.

### **CAPÍTULO III**

## **CONCEPTUALIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

O progresso científico e tecnológico, bem como um acréscimo à esperança média de vida, fez com que se passasse a prestar atenção à qualidade de vida dos indivíduos (Awad, 2008). Em contexto de saúde, a avaliação da qualidade de vida visa, assim, perceber de que forma os diferentes domínios são influenciados pelas características da doença que afeta a pessoa (Ribeiro, 2008). Assim a qualidade de vida é uma medida muito relevante na avaliação dos tratamentos das diversas perturbações (Skevington, 1999). Segundo Winkelmann e Manfroi (2008), a fase inicial das investigações na qualidade de vida iniciou-se em 1970 e, mais recentemente, em 1980, através de escalas desenvolvidas especificamente para avaliar o bem-estar psicológico, a satisfação e o estado funcional da vida diária.

A partir de 1980, e após vários estudos empíricos, o conceito de qualidade de vida passou a envolver distintas dimensões, evidenciando a tendência de usar definições focalizadas e combinadas, de forma a contribuir para o avanço do conceito em termos científicos. Frequentemente, a qualidade de vida aparece relacionada com a saúde na literatura, evidenciando aspetos diretamente associados às doenças ou às intervenções em saúde (Seidl & Zannon, 2004). Segundo Muldoon, Barger, Flory, e Manuck, (1998, cit in Gameiro et al., 2008), a importância do conceito de qualidade de vida entre os profissionais de saúde tem sido progressivo ao longo das últimas décadas, de tal forma que permitiu incorporar nas medidas tradicionais de saúde distintos aspetos considerados pertinentes, que vão para além da ausência de doença, afetando o quotidiano do indivíduo e por consequência o seu sentimento subjetivo relativo à satisfação com a vida.

Segundo Scliar, (2007), fenómenos como a conjuntura social, económica, política e cultural, podem traduzir aquilo que é o conceito de saúde, sendo um conceito diferente de pessoa para pessoa, dependendo da época, do lugar, da classe social em que se está inserido, dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas, e filosóficas de cada indivíduo. Em função disso, este capítulo investe na conceptualização da qualidade de vida, tendo em consideração as suas distintas definições e relações. Assim, inicialmente será descrito o conceito de qualidade de vida. Em seguida será abordada a noção de saúde mental, bem como os modelos destacados por Vaillant (2003). Posteriormente será abordada a relação entre a qualidade de vida e o *coping* e, por fim, serão mencionados alguns instrumentos psicológicos para avaliar a qualidade de vida.

### 3.1. Definição de Qualidade de Vida

A qualidade de vida tem tido várias definições ao longo dos anos, através de diferentes autores e diversas abordagens, e pelo facto de ser aplicada em diferentes áreas, como a economia da saúde, a promoção da saúde, o direito, as ciências médicas e sociais, sendo desta forma um conceito irregular, que abrange os vários aspetos da vida (Bowling, 1995). Tal como refere Gigantesco e Giuliani (2011), este conceito tem sido medido ao longo das décadas, sendo que no campo da saúde, nos últimos anos, houve uma maior convergência de opiniões no que concerne a alguns aspetos fundamentais, tais como o reconhecimento da sua importância, visto ter sido negligenciada pela medicina durante muito tempo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994, definiu a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição de vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994, p.28). Na década de 70 do século XX, desponta o interesse científico sobre a qualidade de vida com a publicação do relatório “Commission on National Goals”, que tinha uma primordial preocupação relativa à qualidade de vida e ao bem-estar da população (Ribeiro, 2005).

Segundo Bowling e Brazier, (1995, cit in Seidl & Zannon, 2004), o conceito de qualidade de vida pode ser empregado em duas perspetivas, nomeadamente na linguagem usada no dia-a-dia pelos jornalistas, políticos e profissionais de várias áreas, e por outro lado no contexto da investigação científica, na economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e outras especialidades na área da saúde. Minayo e colaboradores (2000) mencionam que o conceito de qualidade de vida pode diferir conforme as diversas culturas, países, classes sociais e épocas, referindo tratar-se de um termo que abrange diferentes significados, conhecimentos, experiências e valores, sendo, portanto, uma construção social com marca de relatividade cultural.

De igual modo, Vecchia, e colaboradores (2005), referem ainda que o conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar subjetivo da pessoa, abrangendo desta forma vários aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. A qualidade

de vida está associada ao bem-estar subjetivo, sendo que, de acordo com Simões e colaboradores (2000), a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo representa dois fatores independentes. Em primeiro lugar, a parte afetiva positiva, traduzida pela tendência em experimentar sentimentos e emoções agradáveis (e.g., alegria, entusiasmo, orgulho, felicidade), e por outro lado, a parte afetiva negativa, expressa pela disposição para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis (e.g., culpa, vergonha, tristeza, ansiedade, depressão). Por outro lado, a dimensão cognitiva está representada por apenas um fator, a satisfação com a vida, que pode ser caracterizada de forma geral, mas também em diferentes domínios (e.g., trabalho, lazer, saúde, finanças, escola, entre outros).

De igual forma, a qualidade de vida é uma medida muito relevante na avaliação dos tratamentos das diversas perturbações psicológicas (Skevington, 1999). De facto, atualmente, as intervenções passaram a ser avaliadas através da percepção que os indivíduos têm do seu bem-estar e das expectativas relativas ao aspeto físico, social, emocional e ocupacional, sendo que a avaliação da qualidade de vida tem sido debatida e mencionada enquanto fator determinante a nível ético, profissional e económico, para uma melhor otimização no diagnóstico e na eficácia do tratamento (Buss, 2000). Assim, a saúde mental parece ser um construto importante na qualidade de vida, como em seguida se explica.

### **3.2. Noção de Saúde Mental**

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) define saúde mental como uma condição mental que permite ao indivíduo um funcionamento completo, possibilitando-o compreender a sua capacidade para lidar com o *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir positivamente para a comunidade em que se insere. Silva e Coutinho, (2000), afirmam também que “a saúde é uma noção temporal, porque a experiência de saúde dá a conhecer a saúde e evolui com experiências futuras, sendo determinada pelo tempo e não podendo ser explicitada uma vez por todas” (p.38)

Pimentel (2006) menciona que a qualidade de vida está relacionada com a saúde sendo parte da qualidade de vida geral do indivíduo, constituída pelas componentes que representam a parte da qualidade de vida de cada indivíduo relacionada com a saúde (e.g., doença e terapêutica), devendo alcançar no mínimo, aspetos como os sintomas produzidos pela doença ou tratamento, funcionalidade física, aspetos psicológicos, aspetos sociais, familiares, laborais

e económicos. Atualmente as características de saúde mental são o bem-estar psicológico, a alegria, o prazer de viver e a felicidade (Ribeiro, 2001).

Berlim e Fleck (2003) denotam na definição de qualidade de vida, uma definição mais subjetiva relativa à natureza do indivíduo, a experiência interna do indivíduo muitas vezes influenciada pelos acontecimentos no meio ambiente, bem como experiências anteriores relativas ao estado mental, à personalidade e às expectativas criadas. Em segundo lugar, denota a necessidade de explorar todos os aspetos de vida que de alguma forma tiveram um impacto significativa na qualidade de vida do indivíduo. Vaillant (2003) afirma que é essencial ter em consideração vários aspetos para definir a saúde mental. Inicialmente é necessário ter em conta que o valor médio, pode não ser sinónimo de saudável, e posteriormente o que é considerado saudável, pode depender de vários fatores como o local onde se vive, a cultura, e o marco temporal onde a pessoa se encontra, sendo desta forma necessário saber o que está em causa quando se fala de saúde. Por último, é necessário atender-se à diversidade antropológica de comportamentos ao longo das várias culturas, No entanto, deve ter-se em mente que nem todos os comportamentos possíveis ou aceitáveis, são os desejáveis, necessitando, por isso, predominar o bom senso.

Segundo Ogden (2004), não existe uma continuidade entre a saúde e a doença, sendo que estas são concetualizadas de forma distintas, ou seja, uma pessoa ou é doente ou é saudável, sendo os comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo, denominados por comportamentos de saúde. Assim, a conceção de saúde mental é analisada como ausência das doenças mentais, focalizando-se no corpo e nos aspetos materiais, emocionais, morais, sociais e comportamentais obtidos no meio ambiente (Ribeiro, 2007).

Vaillant (2003) destaca seis modelos que têm reunido, recentemente, alguns dados empíricos acerca do que é a saúde mental. Em primeiro, a saúde mental pode ser conceptualizada como desejável, situando-se acima do normal. Em segundo lugar, a saúde mental pode ser encarada à luz da psicologia positiva, associando-se a determinados princípios e valores. Em terceiro lugar, a saúde mental é vista no desenvolvimento adulto saudável, sendo considerada como maturidade, visível na ausência de padrões de resolução de problemas, expectativas apropriadas e objetivos para si próprio e capacidade de ter esperança. Em quarto lugar, pode ser comparada à inteligência socioemocional, consistindo na perceção e monitorização precisa das próprias emoções, na modificação das emoções de modo que a expressão seja a mais adequada, o reconhecimento e resposta próprias às emoções dos outros, a competência para progredir nas relações próximas com os outros e a motivação ou capacidade de salientar as emoções num determinado objetivo pretendido. Em quinto lugar, a saúde mental

pode ser compreendida como resiliência associada à adaptação bem-sucedida e ao conceito de homeostasia, sendo conceptualizada como bem-estar subjetivo.

### **3.3. Relação entre a Qualidade de Vida e *Coping***

Segundo Antoniazzi e colaboradores (1998), a seleção de estratégias de *coping* depende das experiências anteriores do indivíduo, bem como dos acontecimentos stressores da vida diária, do contexto em que a pessoa está inserida, das crenças e capacidades para resolver problemas e da forma como o sujeito lida com a relação conjugal e o suporte social. Por estes fatores o indivíduo pode ser mais ou menos vulnerável a situações stressantes da vida diária. Segundo Blalock e colaboradores (1993, cit in Stanton et al., 2007), as estratégias de *coping* utilizadas são suscetíveis de variar mediante a adaptação da pessoa relativamente à doença. Para os autores, o facto de a pessoa minimizar o impacto da doença e a ameaça percebida é fundamental em fases mais graves da doença.

Num estudo elaborado por Culver e colaboradores (2004), relativamente à forma como as mulheres de várias culturas lidam com o cancro, os autores concluíram que as estratégias de *coping* usadas ao longo do tratamento influenciavam a melhor adaptação no que concerne à doença, refletindo-se na qualidade de vida. Os mesmos autores ressaltam dois tipos de estratégias de *coping*, nomeadamente as positivas, relacionadas com uma boa adaptação face à doença e ao seu desenvolvimento e a uma melhoria no tempo e qualidade de vida, e as estratégias negativas, relativas à má adaptação à doença e ao seu desenvolvimento.

Megari (2013) refere que quando há uma mudança na saúde do indivíduo, que esteja fora do estado de equilíbrio, ou seja, do seu estado homeostático, as pessoas começam imediatamente, na maioria dos casos, o processo de resposta, reajustando e a usando estratégias de *coping*, seja a curto ou a longo prazo. O facto de ter de ocorrer uma mudança nas suas vidas, com novos insights acerca dos problemas clínicos da pessoa, faz com que ela avalie o tipo de mudanças que serão necessárias para obter uma avaliação válida e a longo prazo.

Raju e Latha (2012), num estudo realizado sobre a relação entre a qualidade de vida e as estratégias de *coping* em pessoas portadoras de doença, referem que a longo prazo, além da doença afetar a qualidade de vida da pessoa também irá influenciar a da família, sendo o *coping* desta forma, um fator fundamental associado à qualidade de vida. Assim, as estratégias de *coping* têm um papel fundamental no bem-estar físico e psicológico da pessoa, nomeadamente quando tem de lidar com eventos stressantes da vida diária, ajudando a diminuir o *stress* e a

presença de sentimentos desagradáveis, preservando desta forma a capacidade de um bom funcionamento nas relações, assim como aumentando o autoconceito positivo e promovendo uma melhor qualidade de vida.

Ravagnani e colaboradores (2007) num estudo sobre a qualidade de vida e estratégias de *coping* usadas por pacientes submetidos a transplante renal, verificaram que as estratégias de *coping* mais utilizadas foram a reavaliação da situação e o suporte social, e as menos usadas foram a fuga e o evitamento. Os mesmos autores referem que as estratégias de *coping* usadas nas doenças são fulcrais entre a saúde e a doença da pessoa, sendo que a doença tem um grande impacto na vida, promovendo a sensação de afastamento por parte das pessoas que rodeiam o paciente, diminuindo-lhe a autoestima, e aumentando-lhe a ansiedade e a depressão. Desta forma, pode concluir-se que é importante compreender os aspetos relacionados com a qualidade de vida e com as estratégias de *coping* que devem ser utilizadas, podendo estas auxiliar no desenvolvimento de programas de intervenção dirigidas ao aumento da qualidade de vida em contexto de saúde.

### **3.4. Instrumentos que avaliam a Qualidade de Vida**

Prutnik e Freinstein (2002), numa revisão da literatura acerca de instrumentos de medição da qualidade de vida, mencionam que este conceito na investigação médica tem sido abordado em diferentes problemas. Desta forma, Alptekin e colaboradores (2005) mencionam que o conceito de qualidade de vida é frequentemente usado como parte de um multidimensional meio de avaliação da eficácia de um tratamento, referindo ainda a existência de inúmeras escalas de avaliação da qualidade de vida, sendo as mesmas adaptadas a cada população. Um dos instrumentos é o Questionário de Saúde Reduzido (SF-36), um instrumento de autopreenchimento, tendo como objetivo avaliar o estado de saúde em geral, podendo ser utilizada tanto em pessoas saudáveis como em doentes (e.g., patologias físicas ou psiquiátricas crónicas), pois permite a descrição de diferenças no funcionamento e bem-estar dos indivíduos (Ribeiro, 2005).

Este instrumento está organizado em 36 itens subdividido em oito dimensões, nomeadamente Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental. Porém, as oito dimensões estão divididas em dois grandes componentes, o componente Físico (Funcionamento



Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde Geral) e o componente Mental (Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental).

Devido à inexistência de instrumentos específicos que avaliassem a Qualidade de Vida, o WHOQOL-Group da OMS desenvolveu, em 1995, o projeto *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), onde foram desenvolvidos dois instrumentos, nomeadamente o WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref. O WHOQOL-100, que é composto por 100 perguntas de autoavaliação da qualidade de vida, pretende avaliar seis dimensões, nomeadamente a dimensão física, psicológica, independência, relações sociais, meio ambiente e a espiritualidade/ crenças pessoais. De forma mais abreviada o WHOQOL-Bref, é constituído pelas 26 perguntas que obtiveram melhores resultados psicométricos do WHOQOL-100, englobando desta forma quatro dimensões, a física, a psicológica, as relações sociais e o meio ambiente. Assim, consiste num instrumento de medida genérica, multicultural e multidimensional, que proporciona uma avaliação subjetiva da Qualidade de Vida, (Fleck, 2000).

Apesar das várias definições relativas à qualidade de vida, pode concluir-se que esta está relacionada com o bem-estar geral do indivíduo bem como com a saúde, sendo vários os fatores que influenciam o ter uma boa ou má qualidade de vida. Um desses fatores é o uso de estratégias de *coping*, através das quais as pessoas têm uma capacidade de tentar aceitar melhor os fatores causadores de má qualidade de vida, bem como prevenir, em caso de recaídas e de aparecimento de outro tipo de doenças. Para tal torna-se fundamental estabelecer uma relação entre a qualidade de vida e o *coping*, uma vez que se verifica que as estratégias de *coping* podem afetar diretamente o bem-estar das pessoas, estando por essa via, implicado na qualidade de vida. Como vimos, a saúde é também um fator importante na qualidade de vida, sendo que a forma como a pessoa avalia a sua saúde repercute-se na sua qualidade de vida. Nesse sentido, o estudo no âmbito da saúde é um bom indicador na qualidade de vida.

## **PARTE II**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

## CAPÍTULO IV

### MÉTODO

Tal como foi referido na parte teórica desta investigação, a observação e o estudo dos comportamentos humanos perante acontecimentos dolorosos e causadores de *stress* da vida, há muito que chamam a atenção dos investigadores. A questão de saber como as pessoas reagem, enfrentam e se adaptam a situações difíceis é de grande importância, do ponto de vista psicológico e social (Fisher & Tarquinio, 2010). De facto, torna-se fundamental o desenvolvimento de avaliações da qualidade de vida, em diversas áreas de saúde, principalmente em pessoas que apresentem diagnósticos de perturbações (Souza & Coutinho, 2006).

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada para a realização da investigação, apresentando as hipóteses a testar tendo por base a resenha bibliográfica apresentada, que nos conduz à formulação da seguinte questão: Haverá alguma relação entre a ansiedade, *coping* e qualidade de vida em pacientes institucionalizados e não institucionalizados? Pretende-se também identificar a amostra, os seus critérios de seleção e procedimento de recolha dos dados. Por fim, apresentam-se também as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados com as suas características psicométricas e as análises estatísticas que foram efetuadas.

#### 4.1. Hipóteses e Variáveis

A partir da bibliografia consultada e explanada na introdução, e da questão anteriormente apresentada, foram formuladas as hipóteses que em seguida descrevemos.

##### **4.1.1. Hipótese 1: Prevê-se que os sujeitos que apresentam maiores níveis de ansiedade, apresentem menores competências de *coping* e menor qualidade de vida.**

Nesta hipótese pretende-se avaliar a relação entre os níveis de ansiedade, as competências de *coping* e a qualidade de vida. Relativamente às variáveis, pretende-se verificar

a relação entre os níveis de ansiedade, que são a variável independente (VI), as competências de *coping* e a qualidade de vida, que são a variável dependente (VD).

**4.1.2. Hipótese 2: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes institucionalizados e não institucionalizados relativamente aos níveis de ansiedade, competências de *coping* e qualidade de vida.**

Nesta hipótese, pretende-se verificar a relação entre estar ou não institucionalizado, que é a variável independente (VI), e a ansiedade, *coping* e qualidade de vida, que são as variáveis dependentes (VD) de forma a tentar perceber se o facto de os pacientes serem ou não institucionalizados tem influência, nomeadamente na ansiedade, competências de *coping* e qualidade de vida.

**4.1.3. Hipótese 3: Prevê-se que os níveis de ansiedade, competências de *coping* e a qualidade de vida sejam afetados por variáveis sociodemográficas como a idade, género, estado civil, agregado familiar e nível de formação.**

Nesta hipótese pretende verificar-se se as variáveis sociodemográficas, como a idade, o género, o estado civil, o agregado familiar e o nível de formação, que representam as variáveis independentes (VI), afetam os níveis de ansiedade, *coping* e qualidade de vida, que são as variáveis dependentes (VD).

**4.2. Desenho do Estudo**

O presente estudo segue o método quantitativo, uma vez que está associado à investigação científica onde existe um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se na observação de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Vaz Freixo, 2009). Reflete um processo completo que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo a possibilidade de generalizar resultados, predizer e controlar os acontecimentos (Vaz Freixo, 2009).

Desta forma, para averiguar se existe ou não relação entre as variáveis será feita, sem a ocorrência de manipulação, uma investigação correlacional, seguindo um desenho (*design*) entre-sujeitos (*betweensubjects*), sendo que o processo de recolha de dados será igual para

todos os participantes e decorrerá numa única ocasião, sendo dessa forma transversal. Em seguida descreve-se a amostra que será utilizada.

### 4.3. Participantes

Para a testagem das hipóteses propostas e tendo em consideração os objetivos do presente estudo, a amostra foi constituída por 92 sujeitos (N=92) em regime de institucionalização no serviço de psiquiatria na Casa de Saúde do Bom Jesus de Braga e em regime de não institucionalização num Serviço Integrado da Casa de saúde do Bom Jesus de Braga. Assim, recorreu-se a uma amostra aleatória, não probabilística de conveniência, de forma a garantir a representatividade da amostra relativamente a diferentes sujeitos em contextos semelhantes. Os critérios de inclusão dos sujeitos participantes no estudo foram os seguintes: Utentes da Casa de Saúde do Bom Jesus de Braga

Assim, a amostra foi composta por 92 participantes, 12 dos quais pertencem ao género masculino (13%) e os restantes 80 ao género feminino (87%). A idade dos sujeitos varia entre os 20 anos (mínimo) e os 7 anos (máximo), sendo a média de idades de 43.9 anos, com um desvio padrão de 11.04. Quanto ao estado civil, a maior parte da amostra, nomeadamente 52 participantes, são solteiros (56.5%), sendo que existem 14 participantes divorciados (15.2%), 7 participantes viúvos (7.6%) e 19 participantes casados (20.7%). Relativamente às habilitações literárias, 38 participantes têm o ensino primário (41.3%), 21 participantes têm o ensino básico (22.8%), 26 participantes têm o ensino secundário (28.3%) e 7 participantes têm o ensino superior (7.6%). O quadro 1 resume as características sociodemográficas dos participantes.

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos participantes (N=92)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>D.P.</b>
<i>Idade</i>	92	100	43,89	11,04
<i>Género</i>				
Masculino	12	13,0		
Feminino	80	87,0		
<i>Condição</i>				
Institucionalizado	42	45,7		
Não institucionalizado	50	54,3		

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos participantes (N=92)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>D.P.</b>
<i>Estado Civil</i>				
Solteiro(a)	52	56.5		
Casado(a)	19	20.7		
Viúvo(a)	7	7.6		
Divorciado(a)	14	15.2		
<i>Habilitações Literárias</i>				
Ensino Primário	38	41.3		
Ensino Básico	21	22.8		
Ensino Secundário	26	28.3		
Ensino Universitário	7	7.6		
<i>Agregado</i>				
Sozinho(a)	4	4.3		
Família	46	50.0		

#### 4.4. Instrumentos e Material

Tendo em conta os objetivos desta investigação, os instrumentos utilizados foram escolhidos com vista à conceptualização sociodemográfica, psicopatológica da amostra e à testagem das hipóteses em estudo. Assim, utilizou-se uma ficha de identificação e caracterização sociodemográfica, um instrumento de avaliação da ansiedade (Inventário de Ansiedade Estrado-Traço, STAI; Spielberger, 1979; versão portuguesa adaptada por Ponciano, 2001), um instrumento de avaliação de estratégias de *coping* (Brief Cope; Coper, 1997; versão portuguesa adaptada por Ribeiro & Rodrigues, 2004), e um instrumento para avaliar a qualidade de vida (Questionário de Saúde reduzido (SF-36; Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; versão portuguesa de Ferreira, 2000), como em seguida se descreve.

##### 4.4.1. Ficha de identificação e caracterização sociodemográfica.

Esta ficha foi elaborada especificamente para esta investigação com o propósito de caracterizar a amostra, tendo como objetivo recolher um conjunto de informações que facilitem a caracterização do participante como a indicação de idade e género, do nível de escolaridade,

e se está institucionalizado ou não, agregado familiar e estado civil. (cf. Anexo 2).

#### **4.4.2. Inventário de Ansiedade Estrado-Traço (Spielberger, 1979; versão portuguesa adaptada por Ponciano, 2001).**

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI-Y) é um instrumento de autorresposta que avalia a ansiedade, sendo composto por duas escalas, uma com 20 itens que avalia a ansiedade Traço, que caracteriza os indivíduos com propensão a avaliar as situações como ameaçadoras e outra com 20 itens que avalia a Ansiedade-Estado, onde se avalia o estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos, de atenção e apreensão (cf. Anexo 3).

O STAI-Y é constituído por uma escala de tipo Likert de 1 a 4 pontos, sendo que a pontuação na ansiedade-estado, varia entre 1 (um) referente a “não”, 2 (dois) referente a “um pouco”, 3 (três) referente a “moderadamente” e 4 (quatro) referente a “muito”, relativamente à ansiedade-traço, a pontuação varia entre 1 (um) referente a “quase nunca”, 2 (dois) referente a “algumas vezes”, 3 (três) referente a “frequentemente” e 4 (quatro) referente se a “quase sempre”. A pontuação final das escalas varia entre 40 e 160 pontos, sendo que uma pontuação mais alta indica maior ansiedade. O alpha de *cronbach* encontrado nesta investigação para a subescala estado é de .77 e para a subescala Traço é de .65, sendo que a consistência interna presente neste estudo é de .80, concluindo ter uma boa consistência interna.

Quadro 2 – Resultados da análise da consistência interna do STAI Y1/2 (N=92)

<b>Itens</b>	<b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b>	<b>Alfa se o item for eliminado</b>
<b>Ansiedade-Estado</b>		
Sinto-me calmo(a)	.54	.79
Sinto-me seguro(a)	.49	.79
Estou tenso(a)	.45	.79
Sinto-me sob pressão	.26	.79
Sinto-me a vontade	.17	.80
Estou preocupado(a) com possíveis contratempos	.30	.80

Quadro 2 – Resultados da análise da consistência interna do STAI Y1/2 (N=92)

<b>Itens</b>	<b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b>	<b>Alfa se o item for eliminado</b>
Sinto-me satisfeito(a)	.47	.80
Sinto-me com medo	.43	.80
Sinto-me confortável	.93	.80
Sinto-me uma pilha de nervos	.88	.82
Estou descontraindo(a)	.45	.79
Sinto-me contente	.41	.80
Estou preocupado(a)	.29	.82
Sinto-me confuso(a)	.23	.80
Sinto-me sereno(a)	.31	.80
Sinto-me assustado(a)	.21	.80
Sinto-me inquieto(a)	.43	.80
Sinto-me perturbado(a)	.44	.80
Estou relaxado(a)	.31	.80
Estou tranquilo(a)	.54	.79
<b>Ansiedade Traço</b>		
Sinto-me bem-disposto(a)	.26	.80
Sinto-me nervoso(a) e agitado(a)	.44	.80
Sinto-me satisfeito(a) comigo mesmo	.35	.80
Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	-.09	.81
Sinto-me um falhado(a)	.36	.80
Sinto-me descansado(a)	.32	.80
Sou calmo(a), indiferente e sereno(a)	.34	.80



Quadro 2 – Resultados da análise da consistência interna do STAI Y1/2 (N=92)

<b>Itens</b>	<b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b>	<b>Alfa se o item for eliminado</b>
Sinto que as dificuldades se amontoam de maneira que não consigo ultrapassá-las	.32	.80
Preocupo-me com coisas que na realidade não tem importância	.16	.80
Sou feliz	.49	.80
Tenho pensamentos que me perturbam	.24	.80
Tenho falta de confiança em mim próprio	-.04	.84
Sinto-me seguro(a)	.48	.80
Tomo facilmente decisões	.21	.80
Sinto-me incapaz	.30	.80
Estou satisfeito(a)	.45	.80
Alguns pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem- me	.28	.80
Tomo as contrariedades tao serio que não consigo deixar de pensar nelas	.12	.80
Sou uma pessoa estável	.36	.80
Quando penso nos assuntos que tenho entre mãos fico tenso e a ferver por dentro	.37	.80
Alpha de Cronbach Geral:.80		

#### 4.4.3. Brief Cope (Coper,1997; versão portuguesa adaptada por Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O Brief Cope, inicialmente desenvolvido por Caver (1997) e posteriormente adaptado à população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004), tem como objetivo avaliar o  *coping* em adultos. Trata-se de uma escala com 28 itens distribuídos por 14 subescalas (cada subescala com dois itens) sendo eles:  *coping* ativo, planejar, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias (medicamentos/ álcool) e humor (cf. Anexo 4).

Cada uma das estratégias é pontuada com valores diferentes, sendo a pontuação dada numa escala de linkert de 4 pontos variando entre 1 (não o faço em absoluto) e 4 (faço-o frequentemente). A versão original refere uma boa fidelidade para a maioria das subescalas apontando-se apenas as estratégias de  *coping* expressão de sentimentos, negação e aceitação com valores de alpha de *cronbach* inferiores a .60. No que concerne à consistência interna das escalas, esta é satisfatória e semelhante à versão original e apenas 5 escalas apresentaram valores inferiores a .70 (planejar =.56; utilização se suporte instrumental =.64; auto-culpabilização =.56; expressão de sentimentos =.57 e negação =.14).

Quadro 3 – Resultado da análise da consistência interna do BRIEF COPE (N=92)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
<b>Subescala <i>Coping</i> ativo</b>		
Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	.16	.80
Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)	.39	.79
<b>Subescala Planear</b>		
Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	.41	.79
Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.	.45	.79

Quadro 3 – Resultado da análise da consistência interna do BRIEF COPE (N=92)

<b>Itens</b>	<b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b>	<b>Alfa se o item for eliminado</b>
<b>Subescala Utilização de Suporte Instrumental</b>		
Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	.35	.79
Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	.32	.80
<b>Subescala Utilização de Suporte Social Emocional</b>		
Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)	.30	.79
Procuro o conforto e compreensão de alguém	.38	.79
<b>Subescala Religião</b>		
Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	.43	.80
Rezo ou medito	.30	.80
<b>Subescala Reinterpretação Positiva</b>		
Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	.38	.79
Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer	.43	.79
<b>Subescala Autoculpabilização</b>		
Faço críticas a mim próprio	.21	.80
Culpo-me pelo que está a acontecer	.16	.80
<b>Subescala Aceitação</b>		
Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	.48	.79
Tento aprender a viver com a situação	.65	.79

Quadro 3 – Resultado da análise da consistência interna do BRIEF COPE (N=92)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
<b>Subescala Expressão de Sentimentos</b>		
Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)	.24	.80
Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	.34	.79
<b>Subescala Negação</b>		
Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”	.25	.80
Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo	.12	.80
<b>Subescala Auto Distração</b>		
Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação	.42	.79
Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras	.46	.79
<b>Subescala Desinvestimento Comportamental</b>		
Desisto de me esforçar para obter o que quero	.26	.80
Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo	.11	.81
<b>Subescala Uso de Substâncias</b>		
Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor	.11	.80
Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	.28	.80

Quadro 3 – Resultado da análise da consistência interna do BRIEF COPE (N=92)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
<b>Subescala Humor</b>		
Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	.31	.80
Enfrento a situação com sentido de humor	.38	.79
Alpha de <i>Cronbach</i> Geral: .80		

#### 4.4.4. Questionário de Saúde reduzido (SF-36) (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; versão portuguesa de Ferreira, 2000).

O Questionário de Saúde reduzido (SF-36) é um instrumento de autopreenchimento, tendo como objetivo avaliar o Estado de Saúde em geral, podendo ser utilizada tanto em pessoas saudáveis como em doentes (patologias físicas ou psiquiátricas crónicas), pois permite a descrição de diferenças no funcionamento e bem-estar em indivíduos (Ribeiro, 2005). Este instrumento está organizado em 36 itens subdividido em oito dimensões: Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental (Ferreira, 2000) (cf. Anexo 5).

Porém, as oito dimensões estão divididas em dois grandes componentes, o componente Físico (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde Geral) e o Mental (Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental). Relativamente à cotação deste instrumento, os itens e as escalas são cotados de tal modo que a nota mais elevada corresponde a uma melhor perceção que a pessoa tem de saúde, onde, as respostas são dadas numa escala tipo Likert, que varia consoante o item. No estudo de validação do SF-36 para a população portuguesa, os resultados demonstram que todos os itens apresentam uma correlação com a escala a que pertencem, superior ao valor definido de .40, sendo que no presente estudo todas as subescalas também têm valores superiores a .40, nomeadamente, “função física” foi de .91, “desempenho físico” foi .53, “dor física” foi .76, “saúde em geral” foi .65, “vitalidade” foi .62, “função social” foi .42, “desempenho emocional” foi .60, “saúde mental” foi .71. A escala total apresenta um alfa de .85.

Quadro 4 - Resultado da análise da consistência interna do SF-36 (N=92)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
<b>Funcionamento Físico</b>		
Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	.40	.85
Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	.42	.85
Levantar ou pegar nas compras da mercearia	.50	.84
Subir vários lanços de escadas	.34	.85
Subir um lanço de escadas	.49	.85
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	.56	.84
Andar mais de 1km	.43	.85
Andar vários Quarteirões	.44	.85
Andar um quarteirão	.43	.85
Tomar banho ou vestir-se sozinho(a)	.52	.85
<b>Desempenho Físico</b>		
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras atividades	.14	.85
Fez menos do que queria	.44	.85
Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou outras atividades	.21	.85
Teve dificuldades em executar o seu trabalho ou em outras atividades diárias	.40	.85
<b>Dor Física</b>		
Durante as últimas quatro semanas teve dores	.23	.85
Durante as últimas semanas de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)	.38	.85

Quadro 4 - Resultado da análise da consistência interna do SF-36 (N=92)

<b>Itens</b>	<b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b>	<b>Alfa se o item for eliminado</b>
<b>Saúde Geral</b>		
Em geral diria que a sua saúde é	.35	.85
Parece que adoço mais facilmente do que os outros	.12	.85
Sou tao saudável como qualquer outra pessoa	.27	.85
Estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar	.37	.85
A minha Saúde é ótima	.20	.84
<b>Vitalidade</b>		
Se sentiu cheio(a) de vitalidade	.48	.84
Se sentiu com muita energia	.49	.84
Se sentiu estafado/a	.35	.85
Se sentiu cansado/a	.51	.84
<b>Função Social</b>		
Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas	.39	.85
Durante as últimas semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)	.22	.85
<b>Desempenho Emocional</b>		
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras atividades	.13	.85

Quadro 4 - Resultado da análise da consistência interna do SF-36 (N=92)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Fez menos do que queria	.34	.85
Não executo o seu trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como era costume	.12	.85
<b>Saúde Mental</b>		
Se sentiu muito(a) nervoso(a)	.51	.84
Se sentiu deprimido(a), que nada o(a) animava	.56	.84
Se sentiu calmo(a) ou tranquilo(a)	.34	.85
Se sentiu triste e em baixo	.41	.85
Se sentiu feliz	.33	.85
<b>Transição</b>		
Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual	-.40	.86
Alpha de Cronbach Geral: .85		

Desta forma, após se ter verificada a adequabilidade dos instrumentos selecionados na presente amostra, serão descritos a seguir os procedimentos de recolha e análise dos dados utilizados na investigação.

#### 4.5. Procedimentos de recolha e análise dos dados

O processo desta investigação iniciou-se após o pedido submetido à Comissão de Ética da Casa de Saúde do Bom Jesus de Braga (cf. Anexo 6), sendo que a recolha só foi iniciada após a aprovação por parte do mesmo. Desta forma, a participação dos sujeitos foi voluntária, tendo estes recebido informação sobre o âmbito e a finalidade da investigação, através do consentimento informado (cf. Anexo 7), assegurando desta forma a confidencialidade e a possibilidade de desistir a qualquer momento da investigação. No que concerne aos



instrumentos utilizados, foram pedidas autorizações aos autores das validações nacionais (cf. Anexo 8).

Antes de se passar ao preenchimento dos instrumentos, foram explicadas as instruções, tendo a ordem dos instrumentos sido: questionário sociodemográfico, seguindo-se a aplicação dos instrumentos, nomeadamente o Inventário de Ansiedade Estrado-Traço, Brief Cope e Questionário de Saúde Reduzido (SF-36), seguindo esta mesma ordem. Após a recolha de todos os dados, iniciou-se a cotação dos instrumentos dando-se início a testagem das hipóteses mencionadas, através do programa IBM SPSS Statistics 21. Numa primeira fase, a análise estatística, compreendeu uma análise descritiva com valores das frequências absolutas e relativas, de dispersão e de tendência central apenas para as variáveis sociodemográficas, para a caracterização e descrição da amostra, bem como os resultados dos instrumentos.

Após esta análise, iniciou-se a testagem das hipóteses, sendo que inicialmente de forma a verificar e comprovar as hipóteses mencionadas deu-se lugar ao teste de normalidade da normalidade e homogeneidade da variância. Sendo o número de indivíduos superior a trinta, usou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov* de ajustamento à curva normal e de homogeneidade da variância da distribuição da população em relação aos instrumentos de medida, sendo que os resultados obtidos em que a probabilidade de erro era inferior a .05 (grau de confiança 95%), rejeitava-se a hipótese nula sempre que o valor fosse inferior a este valor. A seguir descrever-se-á os resultados obtidos através da análise estatística citada.

## **4.6. Resultados**

Procedeu-se desta forma a uma análise estatística após a administração dos instrumentos, sendo que o tratamento estatístico refere-se a análise descritiva, inferencial e correlacional. No que concerne à análise descritiva, serão apresentados os resultados obtidos através dos instrumentos.

### **4.6.1. Estudo da Ansiedade**

No que concerne à análise descritiva dos níveis de ansiedade (STAI Y1/2), pode concluir-se que os níveis de ansiedade estão mais elevados ( $M=50.43$ ;  $DP=9.14$ ) na ansiedade relativa ao traço do que na ansiedade relativa ao estado ( $M=47.18$ ;  $DP=10.88$ ), verificando-se ainda que o género feminino (87%) apresenta maior predominância quer na ansiedade estado ( $M=47.9$ ;  $DP=10.94$ ), quer na ansiedade traço ( $M=51.28$ ;  $DP=8.53$ ), comparativamente ao

gênero masculino (13%). De igual forma, verifica-se que os sujeitos institucionalizados (45.7%), apresentam uma menor ansiedade estado ( $M=44.78$ ;  $DP=9.27$ ) relativamente aos não institucionalizados ( $M=49.20$ ;  $DP=11.79$ ). Relativamente à ansiedade traço, os sujeitos institucionalizados apresentam uma maior ansiedade traço ( $M=50.78$ ;  $DP=7.79$ ) comparativamente aos não institucionalizados ( $M=50.14$ ;  $DP=10.21$ ).

Quadro 5: Resultados das subescalas do STAI Y1/2 (N=92)

<b>Componentes STAI Y1/2</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Ansiedade-estado	47.18	10.88
Ansiedade traço	50.43	9.14

#### 4.6.2. Estudo do *Coping*

No que concerne à análise descritiva das competências de *coping* (Brief Cope), verifica-se que a competência mais utilizada pelos participantes é a religião ( $M=2.03$ ;  $DP=0.91$ ), seguindo-se do *coping* ativo ( $M=1.83$ ;  $DP=0.71$ ), autodistração ( $M=1.82$ ;  $DP=0.91$ ), aceitação ( $M=1.82$ ;  $DP=0.70$ ), planear ( $M=1.75$ ;  $DP=0.69$ ), suporte emocional ( $M=1.63$ ;  $DP=0.92$ ), reinterpretação positiva ( $M=1.61$ ;  $DP=0.78$ ), expressão dos sentimentos ( $M=1.59$ ;  $DP=0.73$ ), suporte instrumental ( $M=1.51$ ;  $DP=0.83$ ), autoculpabilização ( $M=1.44$ ;  $DP=0.85$ ), negação ( $M=1.33$ ;  $DP=0.64$ ), desinvestimento comportamental ( $M=1.13$ ;  $DP=0.86$ ), humor ( $M=.92$ ;  $DP=0.84$ ), e por fim o uso de substâncias ( $M=.29$ ;  $DP=0.67$ ). O seguinte quadro apresenta os resultados das componentes do instrumento neste estudo.

Quadro 6: Resultados das subescalas do Brief Cope (N=92)

<b>Componentes Brief Cope</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>
<i>Coping</i> ativo	1.83	.71
Planear	1.75	.69
Suporte instrumental	1.51	.83
Suporte emocional	1.63	.92
Religião	2.03	.91
Reinterpretação positiva	1.61	.78
Autoculpabilização	1.44	.85

Quadro 6: Resultados das subescalas do Brief Cope (N=92)

<b>Componentes Brief Cope</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>
Aceitação	1.82	.70
Expressão de sentimentos	1.59	.73
Negação	1.33	.64
Autodistração	1.82	.91
Desinvestimento comportamental	1.13	.86
Uso de substâncias	.29	.67
Humor	.92	.84

#### 4.6.3. Estudo da Qualidade de Vida

No que concerne à análise descritiva da qualidade de vida dos participantes (SF-36) verifica-se que a área mais afetadas nos participantes é a nível da dor física (M=80.57; DP=27.13), seguindo-se da função física (M=64.13; DP=26.97), a saúde mental (M=58.46; DP=18.97), a função social (M=54.35; DP=22.19), o desempenho físico (M=51.09; DP=32.29), desempenho emocional (M=50.00; DP=37.47) a saúde em modo geral (M=48.09; DP=17.38), a vitalidade (M=45.59; DP=16.49), e por fim a transição (M=31.52; DP=23.69). O seguinte quadro apresenta os resultados das componentes do instrumento neste estudo.

Quadro 7: Resultados das subescalas do SF-36 (N=92)

<b>Componetes SF-36</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>
Função física	64.13	26.97
Desempenho físico	51.09	32.29
Dor Física	80.57	27.13
Saúde geral	48.09	17.38
Vitalidade	45.58	16.49
Função social	54.35	22.19
Desempenho emocional	50.00	37.47
Saúde mental	58.46	18.97
Transição	31.52	23.69

Após uma análise descritiva dos resultados dos instrumentos utilizados na investigação, segue-se a análise inferencial e correlacional realizada na testagem de cada hipótese desta investigação.

#### **4.6.4. Teste das Hipóteses**

Como referido anteriormente a presente investigação rege três hipóteses, sendo que os resultados da mesma serão descritos a seguir.

##### **4.6.4.1. Hipótese 1: Prevê-se que os sujeitos que apresentam maiores níveis de ansiedade, apresentem menores competências de *coping* e menor qualidade de vida.**

Esta hipótese pretende verificar a associação entre três variáveis, os níveis de ansiedade (medida pela pontuação total STAI Y 1/2), as competências de *coping* (medidas pela pontuação das escalas do BRIEF COPE) e a qualidade de vida (medida pelas escalas do SF-36), nos participantes da amostra. Tendo em conta que a análise exploratória dos dados revelou o incumprimento dos pressupostos para a estatística paramétrica (a análise exploratória dos dados revelou não haver normalidade da distribuição e homogeneidade da variância), utilizaram-se testes não paramétricos para testar esta hipótese. Utilizou-se desta forma, o coeficiente de correlação de Spearman's rho para estudar a relação entre os níveis de ansiedade, as competências de *coping* e a qualidade de vida.

A partir dos resultados obtidos verificou-se a existências de correlações entre as três variáveis, nomeadamente uma correlação negativa fraca entre a ansiedade estado e a reinterpretação positiva ( $r = -.252$ ,  $p < .05$ ), sendo que quanto maior é a ansiedade estado da pessoa menor é a reinterpretação positiva que esta faz da situação, uma correlação positiva fraca entre a ansiedade estado e o uso de substâncias ( $r = .253$ ,  $p < .05$ ), sendo que quanto maior é ansiedade maior é o uso de substancias por parte dos sujeitos, uma correlação negativa fraca entre a ansiedade estado e o desempenho físico ( $r = -.337$ ,  $p < .01$ ), sendo que quanto maior é a ansiedade menor é o desempenho físico dos sujeitos, uma correlação negativa fraca entre a ansiedade estado e a saúde em geral ( $r = -.239$ ,  $p < .05$ ), sendo que quanto mais elevada é a ansiedade menor será a perceção que a pessoa tem a nível de saúde em geral, uma correlação negativa fraca entre a ansiedade estado e a vitalidade ( $r = -.229$ ,  $p < .05$ ), sendo que quanto maior a ansiedade menor é o nível de energia da pessoa, uma correlação negativa fraca entre a ansiedade estado e o desempenho emocional ( $r = -.324$ ,  $p < .01$ ), sendo que quanto maior é a

ansiedade menor é o desempenho da pessoa a nível emocional. Existe também ainda uma correlação positiva fraca entre a ansiedade estado e a transição ( $r=.256$ ,  $p < .05$ ), sendo que quanto maior é a ansiedade menor é a saúde atual.

Relativamente a subescala ansiedade traço existe também correlação negativa fraca entre a ansiedade traço e a reinterpretação positiva ( $r=-.365$ ,  $p < .01$ ), uma correlação positiva fraca entre a ansiedade traço e a negação ( $r=.206$ ,  $p < .05$ ), uma correlação negativa fraca entre a ansiedade traço e o humor ( $r=-.236$ ,  $p < .05$ ), uma correlação negativa fraca entre a ansiedade traço e a saúde em geral ( $r=-.340$ ,  $p < .01$ ), uma correlação negativa fraca entre a ansiedade traço e a vitalidade ( $r=-.311$ ,  $p < .01$ ), uma correlação negativa entre a ansiedade traço e a saúde mental ( $r=-.255$ ,  $p < .05$ ) e por fim uma correlação positiva fraca entre a ansiedade traço e a transição ( $r=.256$ ,  $p < .05$ ). De facto, pode concluir-se que quanto maior for a ansiedade menor são as competências de *coping* usadas pelos sujeitos e menor é a qualidade de vida, desta forma de acordo com os resultados apurados aceita-se esta hipótese, uma vez que se verificam que existem diferenças significativas.

Quadro 8. Coeficientes de correlação de Spearman's rho entre os níveis de ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92)

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ansiedade											
1. Ansiedade Estado	-										
2. Ansiedade Traço	.337**	-									
<i>Coping</i>											
3. <i>Coping</i> Ativo	-.026	-.153	-								
4. Planear	-.049	-.190	.627**	-							
5. Suporte Instrumental	.121	-.054	.104	.283**	-						
6. Suporte Social Emocional	.079	-.109	.024	.350**	.459**	-					
7. Religião	.063	-.063	.146	.181	.122	.079	-				
8. Reinterpretação Positiva	-.252*	-.365**	.341**	.436**	.350**	.196	.314**	-			
9. Autoculpabilização	.106	-.027	.106	.059	.071	.016	.047	-.055	-		
10. Aceitação	-.159	-.112	.200	.443*	.133	.352**	.271**	.345**	.046	-	
11. Expressão de Sentimentos	.086	.018	-.051	.089	.290**	.113	.153	.019	.019	.354**	-
12. Negação	.188	.206*	-.023	.106	.011	.299*	.032	.013	.371**	.123	.071
13. Auto Distração	-.068	-.008	.121	.231*	.095	-.089	.353**	.104	.006	.444**	.367**
14. Desinvestimento Comportamental	.201	.041	-.057	-.066	.115	-.024	-.003	-.041	.212*	.126	.150
15. Uso de Substâncias	.253*	-.009	-.022	-.046	-.063	-.029	.011	.002	.015	.131	.241*
16. Humor	-.150	-.236*	.167	.209*	.050	.120	.063	.390**	.195	.252*	-.083
Qualidade de Vida											
17. Função Física	-.056	-.108	.308*	.487*	.031	.120	.021	.176	.085	.174	-.087
18. Desempenho Físico	-.337**	-.139	.061	.156	-.048	.043	.164	.196	-.311**	.245*	.038
19. Dor Física	-.107	-.051	.152	.183	.074	.122	.085	.154	-.049	-.023	-.098
20. Saúde Geral	-.239*	-.340**	.169	.210*	.122	.072	.056	.497**	-.007	.026	-.236
21. Vitalidade	-.229*	-.311**	.190	.299*	.100	-.020	.258*	.313**	-.158	.201	-.129
22. Função Social	-.123	.028	.012	.051	.104	.079	.026	.151	-.052	.139	-.061
23. Desempenho Emocional	-.324**	-.009	.080	.104	-.081	-.148	.063	.237*	-.224	.058	-.050
24. Saúde Mental	-.316**	-.255*	.134	.181	.082	.031	.296**	.357**	-.251*	.280**	-.008
25. Transição	.256*	.256*	-.182	-.250	-.187	-.079	-.218	-.389	.108	-.212	.049

Quadro 8. Coeficientes de correlação de Spearman's rho entre os níveis de ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92)

Variável	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Ansiedade											
1. Ansiedade Estado											
2. Ansiedade Traço											
<i>Coping</i>											
3. <i>Coping</i> Ativo											
4. Planear											
5. Suporte Instrumental											
6. Suporte Social Emocional											
7. Religião											
8. Reinterpretação Positiva											
9. Autoculpabilização											
10. Aceitação											
11. Expressão de Sentimentos											
12. Negação	-										
13. Auto Distração	.100	-									
14. Desinvestimento Comportamental	.202	.161	-								
15. Uso de Substâncias	.128	.123	.269	-							
16. Humor	.158	.088	.002	.111	-						
Qualidade de Vida											
17. Função Física	.135	-.017	-.197	.036	.190	-					
18. Desempenho Físico	-.272**	-.011	-.222*	.097	-.000	.173	-				
19. Dor Física	.029	-.058	.006	-.245*	.137	.273**	.090	-			
20. Saúde Geral	.053	-.241*	-.220*	-.181	.294**	.243**	.126	.219*	-		
21. Vitalidade	.090	-.002	-.229*	-.173	.271**	.380**	.364**	.082	.415**	-	
22. Função Social	-.123	-.217*	-.295**	-	-.007	.077	.309**	.118	.225*	.247*	-
				.294**							
23. Desempenho Emocional	-.147	-.002	-.063	-.116	-.005	.034	.529**	.002	.018	.185	.220*
24. Saúde Mental	-.117	-.004	-.254**	-.002	.084	.184	.396**	.082	.403**	.680**	.363**
25. Transição	.041	-.068	.128	-.043	-.263*	-.230*	-.196	-.122	-.324**	-.305**	-.063

#### 4.6.4.2. Hipótese 2: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes institucionalizados e não institucionalizados relativamente aos níveis de ansiedade, competências de *coping* e qualidade de vida.

Para testar esta hipótese, que supõe existirem diferenças estatisticamente significativas entre pacientes institucionalizados e não institucionalizados no que diz respeito os níveis de ansiedade (medida pela pontuação total STAI Y 1/2), as competências de *coping* (medidas pela pontuação das escalas do BRIEF COPE), e a qualidade de vida (medida pelas escalas do SF-36), optou-se pela utilização de estatística não paramétrica, uma vez que a análise exploratória dos dados revelou não haver normalidade da distribuição nem homogeneidade da variância. Assim, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney para comparação dos grupos (institucionalizado e não institucionalizados) relativamente a cada uma das variáveis em estudo (ansiedade, *coping* e qualidade de vida).

Neste sentido, relativamente à ansiedade os resultados do teste U de Mann-Whitney para comparação dos grupos não mostraram significância estatística, nomeadamente na ansiedade-estado ( $Z=-1.875$   $p=.061$ ) e na ansiedade traço ( $Z=-.404$   $p=.686$ ), relativamente as competências de *coping* verificou-se existir significância estatística em duas subescalas, nomeadamente religião ( $Z=-3,590$   $p=.000$ ) e na subescala auto-distração ( $Z=-2,321$   $p=.020$ ) na comparação entre os grupos, relativamente à qualidade de vida existem diferenças significativas na subescala saúde mental ( $Z=-1,958$   $p=.050$ ).

Quadro 9 – Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos grupos institucionalizados e não institucionalizados relativamente a ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92)

Variável	Institucionalizado N=42	Não Instituc. N=50	Z	p
Ansiedade Estado	40.81	51.28	-1.875	.061
Ansiedade Traço	45.27	47.53	-.404	-.686
<i>Coping</i> Ativo	48.04	45.21	-.517	.605
Planear	45.12	47.66	-.465	.642
Suporte Instrumental	48.33	44.96	-.615	.538
Suporte Social Emocional	47.01	46.07	-.172	.863
Religião	57.14	37.56	-3.590	.000



Quadro 9 – Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos grupos institucionalizados e não institucionalizados relativamente a ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92)

<b>Variável</b>	<b>Institucionalizado</b>	<b>Não Instituc.</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>N=42</b>	<b>N=50</b>		
Reinterpretação Positiva	50.58	42.85	-1.467	.142
Autoculpabilização	44.94	47.81	-.523	.501
Aceitação	51.12	42.62	-1.567	.117
Expressão de Sentimentos	51.20	42.55	-1.592	.111
Negação	49.64	43.86	-1.071	.284
Auto distração	53.39	40.71	-2.321	.020
Desinv. comportamental	43.12	49.34	-1.141	.254
Uso de Substâncias	48.27	45.01	-.826	.409
Humor	49.24	44.20	-.934	.350
Função Física	46.27	46.69	-.075	.940
Desempenho Físico	45.26	47.54	-.417	.676
Dor Física	43.76	48.80	-.976	.329
Saúde Geral	47.18	45.93	-.225	.822
Vitalidade	48.85	44.53	-.776	.438
Função Social	45.01	47.75	-.498	.619
Desempenho Emocional	44.81	47.92	-.575	.565
Saúde Mental	52.43	41.52	-1.958	.050
Transição	43.77	48.79	-.969	.333

Desta forma, de acordo com os resultados obtidos, aceita-se parcialmente esta hipótese uma vez que se verifica uma diferença significativa, entre pacientes institucionalizados e não institucionalizados, em subescalas das competências de *coping* e de qualidade de vida. No entanto, rejeita-se o pressuposto da existência de uma diferença significativa entre ambos os grupos relativamente aos níveis de ansiedade.

**4.6.4.3. Hipótese 3: Prevê-se que os níveis de ansiedade, competências de *coping* e a qualidade de vida sejam afetados por variáveis sociodemográficas como a idade, gênero, estado civil, e nível de formação.**

Esta hipótese pretende verificar, se os níveis de ansiedade (medida pela pontuação total STAI Y 1/2), as competências de *coping* (medidas pela pontuação das escalas do BRIEF COPE), e a qualidade de vida (medida pelas escalas do SF-36), são afetados pelas variáveis sociodemográficas. Foi desta forma, utilizada a estatística não paramétrica, uma vez que a análise exploratória dos dados revelou não haver normalidade da distribuição nem homogeneidade da variância.

Assim, para comparar os grupos relativos às três variáveis (ansiedade, *coping* e qualidade de vida) quanto ao gênero e estado civil e nível de formação, realizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Relativamente à idade utilizou-se, o coeficiente de correlação de Spearman's rho para estudar a relação entre os níveis de ansiedade, as competências de *coping* e a qualidade de vida. A partir do resultado obtido com esta testagem verificou-se a existência de uma correlação positiva entre a subescala desempenho físico na qualidade de vida e a idade ( $r=.254$ ,  $p<.05$ ), no que concerne a relação entre as competências de *coping* e a idade, verificou-se uma correlação positiva na subescala religião ( $r=.366$ ,  $p<.05$ ), uma correlação negativa na subescala negação ( $r=-.344$ ,  $p<.05$ ) bem como também na subescala desinvestimento comportamental ( $r=-.209$ ,  $p<.05$ ). Relativamente aos níveis de ansiedade não se verificou qualquer correlação, sendo que na ansiedade estado obteve-se valores de ( $r=-.132$ ,  $p>.05$ ) e na ansiedade traço ( $r=-.091$ ,  $p>.05$ ).

Quadro 10. Coeficientes de correlação de Spearman's rho entre o grupo idade e ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92)

Variável	Idade
Ansiedade	
1. Ansiedade Estado	-.132
2. Ansiedade Traço	-.091
<i>Coping</i>	
3. <i>Coping</i> Ativo	-.145
4. Planear	-.121
5. Suporte Instrumental	.042

Quadro 10. Coeficientes de correlação de Spearman's rho entre o grupo idade e ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92)

Variável	Idade
6. Suporte Social Emocional	-.049
7. Religião	.366**
8. Reinterpretação Positiva	.024
9. Autoculpabilização	-.149
10. Aceitação	-.068
11. Expressão de Sentimentos	-.017
12. Negação	-.344**
13. Auto Distração	-.057
14. Desinvestimento Comportamental	-.209*
15. Uso de Substâncias	-.018
16. Humor	-.173
Qualidade de Vida	
17. Função Física	-.154
18. Desempenho Físico	.254*
19. Dor Física	.108
20. Saúde Geral	.035
21. Vitalidade	.038
22. Função Social	.095
23. Desempenho Emocional	.185
24. Saúde Mental	.155
25. Transição	.106

Neste sentido, relativamente à ansiedade os resultados do teste U de Mann-Whitney para comparação dos género não mostraram significância estatística, nomeadamente na ansiedade-estado ( $Z=-1.433$   $p=.152$ ) e na ansiedade traço ( $Z=-1.777$   $p=.076$ ), relativamente as competências de *coping* verificou-se existir significância estatística na subescala religião ( $Z=-3.003$   $p=.003$ ), sendo mais significativo no género feminino, relativamente a qualidade de vida não se verificaram diferenças significativas.

Quadro 11 – Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos grupos feminino e masculino relativamente a ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92).

<b>Variável</b>	<b>Mulheres N=80</b>	<b>Homens N=12</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Ansiedade Estado	48.04	36.21	-1.433	.152
Ansiedade Traço	48.41	33.75	-1.777	.076
<i>Coping</i> Ativo	47.80	37.83	-1.234	.217
Planear	48.56	32.79	-1.949	.051
Suporte Instrumental	47.56	39.46	-.999	.318
Suporte Social Emocional	48.04	36.21	-1.463	.143
Religião	49.66	25.42	-3.005	.003
Reinterpretação Positiva	46.93	43.63	-.410	.682
Autoculpabilização	46.39	47.21	-.100	.920
Aceitação	48.09	35.88	-1.523	.128
Expressão de Sentimentos	48.54	32.88	-1.949	.051
Negação	47.29	41.25	-.756	.450
Auto distração	48.54	32.91	-1.933	.053
Desinv. comportamental	45.26	54.75	-1.176	.240
Uso de Substâncias	46.84	44.21	-.451	.652
Humor	44.98	56.67	-1.466	.143
Função Física	46.90	43.83	-.372	.710
Desempenho Físico	45.91	50.46	-.564	.573
Dor Física	47.44	40.21	-.947	.343
Saúde Geral	45.78	51.33	-.677	.499
Vitalidade	46.21	48.46	-.274	.784
Função Social	47.73	38.33	-1.154	.248
Desempenho Emocional	45.69	51.92	-.779	.436
Saúde Mental	46.99	43.25	-.454	.650
Transição	47.79	37.88	-1.295	.195

Desta forma, de acordo com os resultados obtidos, aceita-se parcialmente esta hipótese uma vez que se verifica uma diferença significativa, entre homens e mulheres, nos resultados das competências de *coping*. No entanto, rejeita-se o pressuposto da existência de uma

diferença significativa entre ambos os grupos relativamente aos níveis de ansiedade e de qualidade de vida.

Para comparar o estado civil relativos às três variáveis (ansiedade, *coping* e qualidade de vida), realizou-se o teste de Kruskal-Wallis. A partir desta testagem não se verificaram diferenças significativas entre os grupos relativamente a qualidade de vida e aos níveis de ansiedade. Relativamente às competências de *coping* revelou haver diferenças significativas na subescala auto-distração ( $X^2=11.423$ ,  $p=.01$ ), sendo mais significativo nos pacientes viúvos (as). Estes resultados aparecem também descritos no quadro 12.

Quadro 12 – Resultado dos testes de *Kruskal-Wallis* para comparação dos grupos relativos ao estado civil quanto à ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92).

<b>Variável</b>	<b>Solteiro N=52</b>	<b>Casado N=19</b>	<b>Viúvo N=7</b>	<b>Divorciado N=14</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Ansiedade Estado	44.27	48.76	57.21	46.36	1.630	.653
Ansiedade Traço	42.60	50.21	57.00	50.71	2.919	.404
<i>Coping</i> Ativo	49.99	41.89	47.64	39.21	2.628	.453
Planear	47.83	45.00	39.93	46.89	.643	.887
Suporte Instrumental	45.48	45.05	40.14	55.43	2.175	.537
Suporte Social Emocional	49.45	44.29	30.14	46.71	3.545	.315
Religião	45.19	46.32	62.43	43.64	2.915	.405
Reinterpretação Positiva	49.77	36.50	40.29	51.04	4.446	.217
Autoculpabilização	46.22	43.55	46.71	51.43	.742	.863
Aceitação	51.12	38.95	41.71	42.00	3.925	.270
Expressão de Sentimentos	48.49	46.55	40.29	42.14	1.101	.777
Negação	52.99	37.74	37.71	38.68	7.585	.055
Auto distração	52.82	34.97	57.07	33.39	11.42	.010
Desinv. comportamental	46.63	51.42	59.79	32.68	6.436	.092
Uso de Substâncias	48.88	43.84	48.79	40.11	2.913	.405
Humor	49.44	40.76	38.36	47.43	2.337	.506
Função Física	48.00	38.89	39.14	54.93	3.656	.301
Desempenho Físico	43.76	50.50	48.86	50.07	1.341	.720
Dor Física	43.87	50.97	42.57	52.18	2.137	.545
Saúde Geral	50.20	33.89	36.86	54.68	7.551	.056

Quadro 12 – Resultado dos testes de *Kruskal-Wallis* para comparação dos grupos relativos ao estado civil quanto à ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92).

<b>Variável</b>	<b>Solteiro</b>	<b>Casado</b>	<b>Viúvo</b>	<b>Divorciado</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>N=52</b>	<b>N=19</b>	<b>N=7</b>	<b>N=14</b>		
Vitalidade	46.63	44.21	38.29	53.21	1.704	.636
Função Social	46.01	44.24	39.71	54.79	2.016	.569
Desempenho Emocional	43.79	49.66	54.93	48.07	1.654	.647
Saúde Mental	47.03	41.68	36.79	55.93	3.331	.343
Transição	44.48	50.71	36.21	53.43	3.206	.361

Desta forma, para testar se existem diferenças significativas relativas às três variáveis (ansiedade, *coping* e qualidade de vida), relativamente ao nível de formação, realizou-se o teste de Kruskal-Wallis. A partir desta testagem não se verificaram diferenças significativas entre os grupos relativamente a qualidade de vida e aos níveis de ansiedade. Relativamente as competências de *coping*, revelou haver diferenças significativas na subescala Religião ( $X^2=17.228$ ,  $p=.0.02$ ) e na subescala uso de substâncias ( $X^2=12.982$ ,  $p=.0.01$ ). Estes resultados aparecem também descritos no quadro 12.

Quadro 13 – Resultado dos testes de *Kruskal-Wallis* para comparação dos grupos relativos ao nível de formação quanto à ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92).

<b>Variável</b>	<b>Primário</b>	<b>Básico</b>	<b>Secund.</b>	<b>Superior</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>N=38</b>	<b>N=21</b>	<b>N=26</b>	<b>N=7</b>		
Ansiedade Estado	38.69	50.55	51.94	58.64	6.695	.153
Ansiedade Traço	42.20	51.31	48.29	47.43	1.725	.786
<i>Coping</i> Ativo	51.24	41.43	44.90	43.43	2.150	.708
Planear	43.80	50.19	46.71	48.21	.825	.935
Suporte Instrumental	41.03	51.86	53.23	36.14	5.484	.241
Suporte Social Emocional	40.23	55.69	49.63	48.50	7.355	.118
Religião	55.11	48.38	32.67	35.21	17.23	.002
Reinterpretação Positiva	47.46	37.07	46.10	61.00	7.634	.106
Autoculpabilização	44.89	43.31	50.29	55.36	2.451	.653
Aceitação	47.47	50.74	40.40	43.93	3.540	.472

Quadro 13 – Resultado dos testes de *Kruskal-Wallis* para comparação dos grupos relativos ao nível de formação quanto à ansiedade, estratégias de *coping* e qualidade de vida (N=92).

Variável	Primário N=38	Básico N=21	Secund. N=26	Superior N=7	Z	p
Expressão de Sentimentos	48.90	46.05	44.79	40.86	.794	.939
Negação	40.24	46.88	47.52	69.21	7.860	.097
Auto distração	50.69	47.50	39.21	41.43	4.837	.304
Desinv. comportamental	44.66	48.02	49.02	40.14	.971	.914
Uso de Substâncias	41.07	45.05	48.08	61.07	12.98	.011
Humor	39.73	44.79	53.35	50.07	6.939	.139
Função Física	42.79	47.98	48.33	50.29	1.305	.861
Desempenho Físico	44.07	50.26	47.60	40.64	1.307	.860
Dor Física	52.56	51.07	39.77	35.93	7.957	.093
Saúde Geral	46.19	43.29	47.23	58.07	1.882	.757
Vitalidade	44.94	48.50	49.00	43.07	.969	.914

Assim, de acordo com os resultados apurados, aceita-se parcialmente esta hipótese uma vez que se verifica diferenças significativas, relativamente as variáveis sociodemográficas, nos resultados das competências de *coping*. No entanto, rejeita-se o pressuposto da existência de uma diferença significativa entre ambos os grupos relativamente aos níveis de ansiedade e de qualidade de vida, ressaltando o facto de apenas na variável idade haver diferenças significativas em subescalas de ansiedade e de *coping*, sendo que relativamente às outras variáveis sociodemográficas, não existiram diferenças significativas.

Em suma, no presente capítulo descrevemos a metodologia utilizada no presente estudo, tendo inicialmente apresentado as hipóteses a testar na investigação e fundamentadas na descrição dos capítulos da parte da resenha bibliográfica. Desta forma, foram descritos neste capítulo a caracterização da amostra e os instrumentos utilizados na testagem das hipóteses, apresentando de igual forma, os resultados dessas mesmas testagens, descrevendo de forma concreta todos os procedimentos utilizados na sua execução. Neste sentido, os resultados obtidos apontam para uma relação entre os níveis de ansiedade, as competências de *coping* e a qualidade de vida. No próximo capítulo serão discutidos de forma aprofundada os resultados aqui descritos, conceptualizando-os teoricamente

## CAPÍTULO V

### DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta os resultados alcançados no capítulo anterior, o presente capítulo tem como propósito conceptualizar os resultados dos testes de hipótese à luz da resenha bibliográfica efetuada numa primeira fase desta dissertação, considerando os objetivos, tanto gerais como específicos, da investigação aqui descrita. Desta forma, neste capítulo serão explicados os resultados obtidos, a partir de uma revisão bibliográfica, considerando os possíveis fatores circundantes, que possam explicar esses mesmos resultados.

#### **5.1. Hipótese 1: Prevê-se que os sujeitos que apresentam maiores níveis de ansiedade, apresentem menores competências de *coping* e menor qualidade de vida.**

A testagem da primeira hipótese teve como objetivo verificar a associação existente entre os níveis de ansiedade avaliada pelo STAI, relativamente as competências de *coping* medidas através do Brief Cope e a qualidade de vida, avaliada pela utilização do SF-36, verificando-se de facto uma relação entre várias subescalas das 3 variáveis com o aumento dos níveis de ansiedade dos sujeitos. De facto o nível de ansiedade afeta as competências de *coping*. A este propósito Wilson e colaboradores (2005), apontam para uma relação entre o grau de ansiedade e a utilização de várias estratégias de *coping*, o que corrobora a investigação presente. De igual forma, num estudo elaborado por Medeiros e Peniche (2006), com uma amostra composta por 40 pacientes cirúrgicos no período pré-operatório, os pesquisadores verificaram a existência de uma relação entre o estado de ansiedade e as estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes.

Relativamente à qualidade de vida, verificou-se que quanto maior é o nível de ansiedade menor é a qualidade de vida. A este propósito, num estudo elaborado por Capela e colaboradores (2009), os resultados mostraram que quanto maior é a dor, maior é a ansiedade e menor é a qualidade de vida. Tais resultados vão de encontro ao verificado nesta hipótese, onde se vê que a área mais afetada na qualidade de vida é a dor física, sendo influenciada pela ansiedade. De igual forma, num estudo elaborado por Zanon e Batista (2012), verificou-se que as pessoas que apresentam níveis de ansiedade mais elevados, não apresentam uma boa



qualidade de vida, estando esta associadas a vários fatores, nomeadamente à vitalidade. Os nossos resultados são corroborados por essa investigação uma vez, que se verificou uma correlação entre os níveis de ansiedade e a vitalidade. No mesmo sentido, estes resultados vão de encontro ao verificado por Canavarro e Vaz Serra (2010), que verificaram que os pacientes internados num hospital psiquiátrico apresentam pior qualidade de vida, apesar de terem acesso a alojamento, seguimento de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

De facto, verificou-se a existência de uma correlação entre a ansiedade e várias subescalas das competências de *coping*, ressaltando uma correlação significativa, apesar de baixa, entre a ansiedade e a reinterpretação positiva dos acontecimentos, bem como uma correlação com o humor usados nas diversas situações ansiógenas, tendo ainda uma correlação positiva, apesar de fraca, entre a ansiedade e a negação da realidade dos acontecimentos de vida stressantes. Estes resultados vão de encontro aos verificados por Leandro (2004), que verificou a existência de uma correlação entre os níveis de ansiedade elevados e o uso de competências de *coping* negativas, nomeadamente estratégia de evitamento e reinterpretação positiva, o que corrobora o resultado obtido nesta investigação. Relativamente à relação entre a ansiedade e a qualidade de vida, os nossos resultados vão de encontro ao estudo elaborado por Barrera e Norton (2009), que comprovaram que a ansiedade compromete significativamente a qualidade de vida dos indivíduos.

#### **4.6.4.2. Hipótese 2: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes institucionalizados e não institucionalizados relativamente aos níveis de ansiedade, competências de *coping* e qualidade de vida.**

A testagem da segunda hipótese teve como objetivo verificar a existência de diferenças entre os pacientes institucionalizados e não institucionalizados relativamente aos níveis de ansiedade, às competências de *coping* e à qualidade de vida. Ao nível da ansiedade, verificou-se não existirem diferenças significativas. Relativamente às estratégias de *coping*, existem diferenças relativamente à religião, sendo que os pacientes institucionalizados utilizam mais a estratégia de *coping*, facto este que pode dever-se ao cariz religioso da instituição onde foi realizada a investigação. De igual forma, os nossos resultados vão de encontro ao verificado por Alves e colaboradores (2010), que apontam a religião com um forte fator de impacto na saúde, fortalecendo a pessoa, aumentando as suas iniciativas positivas, e promovendo uma melhor aprendizagem de estratégias para lidar com as diversas situações. Desta forma, o indivíduo aumenta a qualidade de vida.

Um dos fatores, explicativos da existência de diferenças relativas á estratégia de *coping* religião, pode também ser devido ao facto da religião ser vista como um sinal de proteção e de caminho para a saúde, assim como sendo um fator promotor da não utilização de substâncias (e.g., álcool, drogas e medicamentos), sendo também enfatizada pelos médicos (Moreira, Neto & Koenig, 2006). De facto, na presente investigação, os pacientes institucionalizados tiveram um maior contacto com os médicos, comparativamente aos não institucionalizados. De igual forma, num estudo elaborado por Koenig, Larson e Larson (2001) concluiu-se que a maioria das pessoas quando estão doentes fisicamente dependem muitas vezes de crenças e práticas religiosas para atenuar o *stress*, manter autocontrolo e a esperança, ajudando desta forma a lidar melhor com o problema de saúde. No mesmo sentido, Rippentrop, Altmaier, Chen, Found e Keffala (2005) defendem que as pessoas com uma pior saúde física envolvem-se mais em atividades religiosas, como orar e meditar, como forma de lidar com a saúde debilitada.

Existem ainda diferenças relativas a utilização da auto-distração, sendo esta predominante nos pacientes institucionalizados. De facto, na instituição, várias são as atividades desenvolvidas na ocupação do tempo dos pacientes, o que requer que as próprias pessoas se refugiem nas atividades para se distraírem. Os pacientes não institucionalizados por sua vez, isolam-se na maior parte do tempo, não utilizando estratégias de distração, mas sim focando-se nos problemas. Tais resultados vão de encontro ao estudo de Abbot e colaboradores (2008), que aponta que o comportamento é notório, no que se refere a fonte de *stress* do indivíduo, bem como ao ajustamento psicológico, sendo desta forma relevante estabelecer estratégias de *coping* associadas a resultados positivos, tal como se verifica neste estudo.

Relativamente á qualidade de vida existem diferenças na subescala saúde mental, sendo que os pacientes institucionalizados apresentam valores mais elevados na saúde mental, relativamente aos não institucionalizados, podendo este facto dever-se ao apoio na instituição, onde os pacientes têm apoio psicológico. Estes dados vão de encontro ao defendido por Lanska (2006), que aponta para a pertinência do trabalho terapêutico no decurso das estratégias de *coping* e as estratégias utilizadas, como fatores que também podem ser indicadores de recursos pessoais, nomeadamente, a saúde, as crenças, os valores e as capacidades sociais.

#### **4.6.4.3. Hipótese 3: Prevê-se que os níveis de ansiedade, competências de *coping* e a qualidade de vida sejam afetados por variáveis sociodemográficas como a idade, género, estado civil, e nível de formação.**

A testagem da terceira hipótese teve como objetivo verificar o impacto das variáveis sociodemográficas na relação entre os níveis de ansiedade, as competências de *coping* e a qualidade de vida. Não foram encontradas influências das variáveis sociodemográficas relativamente aos níveis de ansiedade. No que concerne à sua influência na qualidade de vida, esta foi apenas significativa na subescala desempenho físico na variável idade, com uma correlação positiva. Segundo Ribeiro (2005) a percepção de saúde ou qualidade de vida tende a diminuir com a idade, no entanto, na presente investigação tal não foi verificado, sendo que outros fatores além da idade podem estar a influenciar essa relação. Um desses fatores poderá ser a atividade física que na presente investigação apresenta ser uma estratégia de *coping* mais utilizada com a idade.

De facto, a qualidade de vida, de acordo com Mazo e colaboradores (2001), pode ser positivamente afetada pela atividade física, se esta for bem praticada e de forma regular. De facto, a atividade física aparece associada a benefícios como um maior tempo de vida, a diminuição de uso de medicação, a prevenção da perda de capacidades cognitivas, a manutenção da independência e da própria autonomia, a redução de quedas e fraturas, além dos benefícios psicológicos como a melhora da autoestima e o contacto com os outros, tendo impacto positivo na qualidade de vida do indivíduo. Na presente investigação, a idade está também associada à subescala religião. De acordo com Goldstein e Sommerhalder (2002, cit in Miranda & Manhoto, 2008) a religião é um fator que pode facultar um sentido e um significado à vida da pessoa, ajudando a ultrapassar o sofrimento.

Relativamente ao género, existe uma discrepância entre homens e mulheres na nossa amostra, sendo o género feminino mais prevalente. Esta diferença poderá estar a enviesar os resultados, que surgem mais significativos na dimensão de *coping* religião, onde as mulheres dominam. De facto, as estratégias de *coping* religiosas são as mais utilizadas, na presença de situações de crise, como os problemas relacionados com a saúde, o envelhecimento, os tipos de doenças e incapacidades (Siegel & Cols., 2001). Contrariamente, Myers e Thompson (2004), apontam que as mulheres tendem a utilizar mais estratégias de *coping* direcionadas para uma melhor estabilidade emocional, como relaxamento, diversão, aumento de relacionamentos.

Relativamente ao estado civil existe uma diferença significativa nas competências de *coping*, nomeadamente a auto-distração por parte dos indivíduos solteiros. Tais resultados vão

de encontro ao defendido por Iwasaki e Mannell (2000), que consideram que o uso de competências de *coping*, através de atividades de distração, atuam como moderadores de situações stressantes, ajudando a manter a saúde do indivíduo. De igual forma, tal como relatam Coleman e Iso-Ahola (1993), o uso de atividades de lazer operam como atenuadores do impacto negativo de momentos de *stress*, ostentando benefícios para a saúde, particularmente quando os níveis de *stress* são altos.

Relativamente ao nível de formação, existem diferenças significativas em duas subescalas das competências do *coping*, nomeadamente a religião e o uso de substâncias, sendo que os participantes com o ensino primário apresentam uma média mais elevada nas duas subescalas. Segundo Koenig, (2001), e contrariamente ao resultado obtido, as pessoas que apresentam uma ligação com a religião têm uma menor probabilidade de usar substâncias e apresentar comportamentos de riscos. No entanto, e uma vez que na nossa amostra as pessoas menos formadas eram também as que utilizavam mais o *coping* associado ao consumo de substâncias vai de encontro ao defendido por Yen e Moss (1999), que afirmam que os indivíduos com menores habilitações literárias possuem menores capacidades na compreensão da doença, e maiores dificuldades na adaptação à mesma.

## CONCLUSÃO

Este trabalho vai de encontro ao pensamento de que, de facto, todas as pessoas, ao longo da vida, se debatem com situações mais ou menos difíceis que ameaçam o equilíbrio, tornando-se ineludível a confrontação destes acontecimentos e consequentemente o surgimento de problemas, provocando no indivíduo, um desequilíbrio mental e físico, que afeta todo o percurso diário da pessoa. A partir da concetualização teórica inicial, constata-se que de facto existe uma relação ente a ansiedade, as estratégias de *coping* e a qualidade de vida. Pode constatar-se que se a pessoa fizer uso das competências de *coping* positivas, poderá, através da habituação, diminuir a ansiedade e por sua vez melhorar a qualidade de vida.

Assim, através da concetualização teórica verifica-se também ser relevante a importância destes construtos na saúde e qualidade de vida das pessoas. De facto, estas variáveis demonstram ter um grande impacto na vida diária das pessoas. No que se refere ao *coping*, várias são as estratégias a serem utilizadas. No entanto, neste estudo, pode constatar-se que a estratégia mais utilizada foi a religião. De facto, apesar dos participantes institucionalizados estarem no meio religioso que os podia influenciar, verificamos a mesma tendência nos participantes não institucionalizados, demonstrando uma predominância do *coping* com a religião. De igual forma, foi também notória a utilização da estratégia de auto-distração, demonstrando que, de facto, os participantes têm ferramentas e sabem maioritariamente o que fazer em situações de *stress*.

Ainda assim, relativamente aos níveis de ansiedade, não foram verificadas inúmeras relações relativas às variáveis sociodemográficas. No entanto, verificamos a existência de uma relação entre a ansiedade e as competências de *coping*. De facto, o estar face a uma situação stressante está associado a um aumento do nível de ansiedade. Tal facto aparece na literatura científica associado à diminuição de controlo e de perceção, que pode conduzir a dificuldades na utilização de estratégias de *coping* e a um empobrecimento da qualidade de vida. Deve ainda notar-se que a presente investigação apresenta uma série de limitações metodológicas e técnicas que podem estar a enviesar os resultados. Do ponto de vista metodológico importa ressaltar

que a presente investigação apenas quantifica as relações entre as variáveis em estudo, sendo metodologicamente incapaz de estabelecer relações de causalidade entre as mesmas. De facto, o cariz correlacional da presente investigação permite apenas verificar, ou não, a existência de relação entre as variáveis, fornecendo uma visão limitada do fenómeno em estudo.

No mesmo sentido, é também importante ressaltar que os instrumentos utilizados foram escalas e questionários de autorrelato, onde as pessoas respondiam subjetivamente. Tal facto pode ter enviesado os resultados na medida em que as pessoas poderiam estar a responder afetadas por questões de desejabilidade social. A discrepância entre homens e mulheres é também uma limitação do estudo, uma vez que não permite a concreta comparação entre os grupos, conduzindo a resultados que, a este nível, são difíceis de generalizar. No mesmo sentido, as variáveis utilizadas poderão ser parcas na explicação do fenómeno sendo que em estudos futuros deveriam ser introduzidas novas variáveis que possam mediar ou moderar a relação verificada entre as variáveis. De facto, questões como a psicopatologia, o consumo de substâncias ou a presença de doenças crónicas, são fatores que poderão ter impacto nas variáveis em estudo e nas relações entre as mesmas.

Em suma, a presente investigação verificou a relação entre a ansiedade, o *coping* e a qualidade de vida, mostrando que os níveis elevados de ansiedade e a baixa utilização de estratégias de *coping* positivo estão associados a uma pior qualidade de vida. De igual forma, foi especialmente interessante a consideração da institucionalização como um fator importante nessa relação. Os dados aqui obtidos fundamentam a elaboração de estratégias de prevenção neste domínio, uma vez que se verificam elevados níveis de ansiedade neste tipo de contexto. Assim, em investigações futuras deveriam ser elaborados e implementados programas de intervenção na ansiedade, de forma a diminuir os seus níveis e a dotar as pessoas com ferramentas de *coping* adaptativas, no sentido de verificar se tais estratégias têm impacto direto na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abbot, J., Hart, A., Morton, A., Gee, L., & Conway, S. (2008). Health-related quality of life in adults with cystic fibrosis: The role of coping. *Journal of Psychosomatic Research* 64,149–157.
- Ader, E. & Erktin, E. (2012). Development of the revised form of the coping with mathematics scale. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 47, 974 – 980.
- Alcozei, A., Cooper, P. & Creswell, C. (2014). Emotional reasoning and anxiety sensitivity: Associations with social anxiety disorder in childhood. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 219–228.
- Aldwin, C. (2007). *Stress, coping, and development: an integrative perspective*. New York. London.
- Alves, R., Alves, H., Barboza, R., & Souto, W. (2010). The influence of religiosity on health. *Ciências & Saúde Coletiva*. 15(4),2105-2111.
- Annichino, A., & Matos, E. (2007). Ansiedade de Separação em Adultos com Transtorno de Pânico: Um Tratamento Cognitivo-Comportamental. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 24 (1), 33-39.
- Antonniazi, A., Dell’Aglia, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de Coping: Uma Revisão Teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- APA (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Edição, texto revisto) (DSM-IV-TR). Lisboa: Climepsi Editores.
- Aptekin, K., Akvardar, Y., & Akdede, B. (2005). Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29, (2),239-244.

- Awad, G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 72(2), 121-129.
- Baldwin D., & Polkinghorn C. (2005). Evidence-Based Pharmacotherapy of Generalised Anxiety Disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 8(2), 293–302.
- Barlow, D. & Durand, V. (2006). Psicopatología. Thomson Editores Spain.
- Barrera, T., & Norton, P. (2009). Quality of Life Impairment in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090.
- Berlim, M., & Fleck, M. (2003). Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(4), 249-52.
- Bernard, C. & Krupat, E. (1994). *Healthy Psychology Biopsychosocial factors in Health and Illness*. Orlando: Harcourt Brace Publishers.
- Bernik, M. (1999). *Benzodiazepínicos. Quatro Décadas de Experiencia*. São Paulo. Edusp.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la Salud: Revision de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson.
- Bowling, A. (1995). Health Related Quality of Life: A Discussion of the Concept, its Use and Measurement. *Measuring Disease. Open University Press, Buckingham*, 1-19.
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 163-177.
- Câmara, G. & Sarriera, J. (2003). Estilos de coping na predição de bem-estar psicológico de adolescentes. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe*, 17, 83-93.



- Canavarro, M., & Serra, V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma Abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste. Gulbenkian.
- Capela, C., Marques, A., Assumpção, A., Sauer, J., Cavalcante, A., & Chalot, S. (2009). Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, 16, (3)*, 263-8.
- Carver C., Scheier. M., & Weintraub, K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 257-283.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioural Medicine, 4 (1)*, 92-100.
- Carver, S., & Scheier, F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 184-195.
- Chaves, E., Cade, N., Montovani, M., Oleite, R., & Spire, W. (2000). Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Revista Escolar de Enfermagem. USP, 34 (4)*, 370-5.
- Coleman, D., & Iso-Ahola, S. (1993). Leisure and health: the role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research, 25 (1)*, 111-128.
- Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin, 101(3)*, 393-403.
- Connor, S., Jennifer, K., & Compas, B. (2002). Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 39-55.

- Culver, J., Arena, P., Winberly, S., Antoni, M., & Carver, C., (2004). Coping among African-american, Hispanic, and non-hispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychology and Health*, 19 (2), 157-166.
- Dell’Aglío, D. (2003). O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da SBP*, 11 (1), 38 – 45.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Emilien, G., Durlach, C., Lepola, U. & Dinan, T. (1988). *Anxiety Disorder*. Pathophysiology and Pharmacological Treatment. Birkhäuser.
- First, M. & Tasman, A. (2010). *Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders*. John Wiley & Sons, Ltd. Wiley-Blackwell.
- Fisher, G. & Tarquinio, C. (2010). *Os conceitos fundamentais da Psicologia da Saúde*. Edição: Instituto Piaget.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspetivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 33-38.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 571-579.

- Freitas, M. (2009). *Ansiedade nas avaliações escolares: uma abordagem psicoterapêutica sob estados modificados de consciência num grupo de alunos universitário*. Universidade de Madeira.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gigantesco, A., & Giuliani, M. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Animal-assisted interventions in mental health*, 47(4), 363-37.
- Hamilton M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, (1), 50–55.
- Hatmann, A. (2008). Les Orientations Nouvelles dans le Champ du Coping. *Pratiques psychologiques*, 14(2), 285-299.
- Heimberg, R., Turk, C. & Mennin, D. (2004). *Generalized Anxiety Disorder*. Advanced in Research and Practice. The Guilford Press. New York.
- Hofmeijer-Sevink, M., Batelaan, N., Megan, H., Penninx, B., Cath, D., Van den Hout, M., & Balkom, A. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: A report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 106-112.
- Iwasaki, Y., & Mannell, R. (2000). Hierarchical dimensions of leisure stress coping. *Leisure Sciences*, 22, 163-181.
- Jalowiec, A. (1989). *Revision and Testing of the Jalowiec Coping Scale*. Chicago: Loyola. University of Chicago.

- Keen, N., & Stein, D. (2011). Pharmacotherapy of anxiety disorders: a critical review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 423–437.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-768.
- Kessler, R., Heeringa, S., Lakoma, M., Putukhova, M., Rupp, A., & Zaslavsky, A. (2008). Individual and Societal Effects of Mental Disorders on Earnings in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*, 165 (6), 703-711.
- Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koenig, H. (2001). Religion and Medicine II: Religion, mental health and related behaviors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(1), 97-109.
- Koenig, H., Larson, D., & Larson, S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35(3), 352-359.
- Koleck, M., Schweitzer, M. & Bourgeois, M. (2003). Stress et coping: un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Éditions scientifiques et médicales. Elsevier SAS*, 161, 809–815.
- Lanska, D. (2006). Functional weakness and sensory loss. *Semin. Neurol*, 26 (3), 297-309.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychological Association*, 3 (38), 245-254.
- Leandro, P. (2004). Estilos de afrontamiento y nível de ansiedad. Comunicação apresentada no 5º Congresso Virtual de Psiquiatria. Interpsiquis. Retirado 20 de Junho de 2014 em <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3115>.

- Legerstee, J., Garnefski, N., Verhulst, F., & Utens, E. (2011). Cognitive Coping in Anxiety-disordered Adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 319–326.
- Lerner, R., Lerner, J., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., Naudeau, S., Jelicic, H., Alberts, A., Ma, L., Smith, L., Bobek, D., Richman-Raphael, D., Simpson, I., Christiansen, E., & Eye, A. (2005). Positive Youth Development, Participation in Community Youth Development Programs, and Community Contributions of Fifth-Grade Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 25, 17-71.
- Lipp, N. (2001). Stress: conceitos básicos. In Lipp, N. (Eds.), *Pesquisas sobre o stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco* (pp.17-29). Campinas: Papirus.
- Manfro, G., Asbahr, F., Recondo, R. & Castillo, A. (2000). Transtorno de ansiedade. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 22 (2), 20.3.
- Marques, C., & Crujo, M. (2009). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 25, 576-82.
- Mazo, G., Lopes, M., & Benedetti, T. (2001). *Atividade física e o idoso: uma concepção gerontológica*. Porto Alegre: Sulina.
- Medeiros, V., & Peniche, A. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40 (1), 86-92
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, 1(3), 27.
- Mendlowicz, M., & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- Miller, S. (1981). Predictability and Human Stress: Toward clarification of evidence and theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 14, 203-255.

- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18.
- Miranda, L., & Banhoto, E. (2008). Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. *Psicologia em Pesquisa*. 2(01), 69-80.
- Molton, I., Jensen, M., Ehde, D., Carter, G., Kraft, G., & Cardenas, D. (2008). Coping with chronic pain among younger, middle-aged and older adults living with neurological injury and disease. *Journal of Aging and Health*, 20(8), 972-996.
- Monat A., Lazarus S., & Gretchen R (2007). The Praeger Handbook on Stress and Coping. Westport, CT: Praeger.
- Moreira A, Neto F., & Koenig H. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira Psiquiátrica* 28(3), 242-50.
- Mychailyszyn, M., Mendez, J., & Kendal, P. (2010). School Functioning in Youth With and Without Anxiety Disorders: Comparisons by Diagnosis and Comorbidity. *School Psychology Review* 39 (1), 106-121.
- Myers, A., & Thompson, V. (2000). The impact of violence exposure on American youth in context. *Youth & Society*, 32 (2), 253-67.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Olatunji, B., Cisler, J., & Tolin, F. (2007). Quality of life in anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.

- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2001). Relatório sobre a saúde no mundo 2001-saúde mental: nova concepção, nova esperança. [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>. [Consultado em 27/05/2013].
- Paredes, T., & Serra, V. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população em geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 103-112.
- Pimentel, F. (2006). Qualidade de Vida e Oncologia. Coimbra: Almedina.
- Pires, C. (2003). *Manual de psicopatologia: uma abordagem biopsicossocial*. Leiria: Editorial
- Prutkin, J., & Feinstein, A. (2002). Quality-of-Life Measurements: Origin and Pathogenesis. *Yale journal of biology and medicine*, 75(2), 79-93.
- Raju, R., & Latha, S. (2012). A correlational study on quality of life and coping Strategy among dialysis patients in selected hospital at Mangalore. *Nitte University Journal of Health Science*, 2 (4), 8-11.
- Rampelotto, C. & Abaid, J. (2011). Estratégias de Coping utilizadas por pilotos de caça. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*, 35, 30-42.
- Ravagnani, L., Domingos, N., & Miyazaki, M. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 177-184.
- Ravindran, L., & Stein, M. (2010). The Pharmacologic Treatment of Anxiety Disorders: A Review of Progress *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 839–854.
- Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99.

- Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação de Estado de Saúde-SF-36*. Portugal: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2ª Ed.). Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, J., & Rodrigues, P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do BRIEF COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Rippentrop, A., Altmaier, E., Chen, J., Found, E., & Keffala, V. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116 (3), 311-321.
- Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15 (6), 619-626.
- Santos, Q. (2013). Estratégia de enfrentamento (coping) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. *Psicologia da Saúde*, 21 (2), 40-47.
- Santos, V. (1990). Adaptação portuguesa para crianças e idades escolares do parenting Stress Index (PSI): Resultados preliminares. *Revista portuguesa de psicologia*. 28, 115-132.
- Savoia, M., Santana, P., & Mejias, N. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Revista de Psicologia USP*, 7, 183 -201.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 17 (1), 29-41.
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20 (2), 580-588.



- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge-Krenke, I., Weidemann, S., Fentner, S., Aegenheister, N., & Poebblau, M. (2001). Coping with school-related stress and family stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist*, 6 (2), 123-132. York: The Guilford Press.
- Serra, V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.
- Serra, V. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Minerva.
- Shri, R. (2010). Anxiety: Causes and Management. *International Journal Behavioral Science*, 5 (1), 100-118.
- Siegel, K., Anderman, S. & Schrimshaw, E. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, 16 (6), 631-653.
- Silva, H., & Coutinho, L. (2000). E para si, o que é a saúde? Contributos para a construção de um instrumento. *Revista Nursing*, 140, 36-40.
- Simões, A. Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4 (2), 243-279.
- Souza, L., & Coutinho, E. (2006). Factores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (1), 50-58.
- Stanton, A., Revenson, T., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 565-592.

- Stein, D. (2004). *Manual de perturbações de ansiedade*. Cartaxo: A fábrica de letras.
- Suls, J., David, J. & Harvey, J. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64 (4), 711-735.
- Vaillant, G. (2003). Mental Health. *Am J Psychiatry*, 160(8), 1373-1384.
- Vallejo, J. (1991). *Introduction a la Psicopatologia y la Psiquiatria*. Barcelona: MassonSalvat Medicina.
- Varela, P. (2006) *Ansiosa-Mente - Chaves para Reconhecer e Desafiar a Ansiedade*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira Epidemiol*, 8 (3), 246-52.
- Vieira, M. Ludwig, M. (2009). *A importância da Psicoterapia cognitivo comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade Generalizada*. São Paulo.
- Wilson, G., Pritchard, E., & Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: The effect of gender and coping. *Journal of Adolescence*, 28, 369-379.
- Winkelmann, E., & Manfro, W. (2008). Qualidade de vida em cardiologia. *Revista HCPA*, 28 (1), 49-53.
- World Health Organization Quality of Life Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- Yen, I., & Moss, N. (1999). Unbunding education: a critical discussion of what education confers and how it lowers risk for disease and death. In Adler, N., Marmot, M.,

McEwen, B., & Stewart, J. (Eds.) *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological and Biological Pathways*, (350-351). New York: New York Academy of Sciences.

Zanoon, M., & Batista, N. (2012). Qualidade de vida e grau de ansiedade e depressão em cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *Revista Paulista de Pediatria*, 30 (3), 392-6.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## Consentimento Informado

No âmbito de uma investigação sobre a relação entre Ansiedade, *Coping* e Qualidade de vida em pacientes psiquiátricos institucionalizados e não institucionalizados, desenvolvida no contexto de Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Braga, venho pedir a sua colaboração.

Para tal, peço que preencha os questionários que lhe serão fornecidos. Inicialmente deverá preencher o questionário sociodemográfico que permitirá fazer uma caracterização pessoal. Depois deverá preencher o questionário de Saúde reduzido (SF-36) para avaliar a qualidade de vida, de seguida o Brief Cope para avaliar as estratégias de *coping* e por último o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI). O preenchimento dos referidos questionários não excede os trinta minutos.

Este estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos, sendo o anonimato e a confidencialidade dos dados absolutamente garantidos, em condição alguma, usada por terceiros, alheios à equipa de investigação. Se decidir colaborar no nosso estudo deverá indicá-lo explicitamente na declaração que se segue.

Reconhecidamente, agradecemos a sua disponibilidade e preciosa colaboração

# Declaração

## Relação entre Ansiedade, Coping e Qualidade de Vida em Pacientes Psiquiátricos institucionalizados e não institucionalizados

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no final da presente declaração, que aceito participar num estudo da responsabilidade de Márcia Correia, no âmbito da sua Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Braga.

Declaro também que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar. De forma específica, fui informado(a) do objetivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e do direito que tenho em recusar participar, ou cessar a minha participação em qualquer altura, sem nenhuma consequência para mim.

Declaro que aceito participar no presente estudo:

☐

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ANEXO 2**

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**



## Questionário Sociodemográfico

Este questionário surge no âmbito da recolha de dados para o desenvolvimento de um estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Não há respostas certas ou erradas, boas ou más. Para cada afirmação são dadas instruções acerca da lógica de preenchimento das mesmas. Os dados são confidenciais e anónimos, sendo os seus resultados utilizados somente para investigação académica. A sua opinião é muito importante e faz toda a diferença para a realização deste projeto.

### Por favor, preencha os seguintes campos

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: Feminino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Solteiro(a) \_\_\_\_\_

Casado(a) \_\_\_\_\_

Viúvo (a) \_\_\_\_\_

Divorciado(a) \_\_\_\_\_

União de Facto \_\_\_\_\_

Institucionalizado \_\_\_\_\_

Não Institucionalizado : \_\_\_\_\_

Se não institucionalizado indique o Agregado Familiar:

Sozinho \_\_\_\_\_

Família \_\_\_\_\_

Família de Acolhimento \_\_\_\_\_

Nível de Formação:

Analfabeto \_\_\_\_\_

Ensino Primário \_\_\_\_\_

Ensino Básico \_\_\_\_\_

Ensino Secundário \_\_\_\_\_

Ensino Universitário \_\_\_\_\_

### **ANEXO 3**

#### **INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTRADO-TRAÇO**

(Spielberger, 1979; versão portuguesa adaptada por Ponciano, 2001).

## QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

de Charles D. Spielberger

com a colaboração de

R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg e G. A. Jacobs

STAI Forma Y-1

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ S \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ T \_\_\_\_

INSTRUÇÕES: Encontra-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita indicando como se sente *agora*, isto é, *neste preciso momento*. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como actualmente se sente.

	MODERADAMENTE UM POUCO NÃO				MUITO
1. Sinto-me calmo(a) .....	①	②	③	④	
2. Sinto-me seguro(a) .....	①	②	③	④	
3. Estou tenso (a) .....	①	②	③	④	
4. Sinto-me sob pressão .....	①	②	③	④	
5. Sinto-me à vontade.....	①	②	③	④	
6. Sinto-me aborrecido(a).....	①	②	③	④	
7. Estou preocupado(a) com possíveis contratempos.....	①	②	③	④	
8. Sinto-me satisfeito(a) .....	①	②	③	④	
9. Sinto-me com medo .....	①	②	③	④	
10. Sinto-me confortável.....	①	②	③	④	
11. Sinto-me com confiança em mim próprio(a).....	①	②	③	④	
12. Sinto-me nervoso(a) .....	①	②	③	④	
13. Sinto-me uma pilha de nervos.....	①	②	③	④	
14. Sinto-me incapaz de tomar decisões .....	①	②	③	④	
15. Estou desconfiado(a) .....	①	②	③	④	
16. Sinto-me contente .....	①	②	③	④	
17. Estou preocupado(a) .....	①	②	③	④	
18. Sinto-me confuso(a) .....	①	②	③	④	
19. Sinto-me sereno(a) .....	①	②	③	④	
20. Sinto-me bem disposto(a).....	①	②	③	④	
21. Estou agitado(a) .....	①	②	③	④	
22. Estou alegre .....	①	②	③	④	
23. Sinto-me assustado(a).....	①	②	③	④	
24. Estou aterrorizado(a).....	①	②	③	④	
25. Sinto-me descansado(a).....	①	②	③	④	
26. Sinto-me feliz.....	①	②	③	④	
27. Sinto-me inquieto(a).....	①	②	③	④	
28. Sinto-me perturbado(a).....	①	②	③	④	
29. Estou relaxado(a) .....	①	②	③	④	
30. Estou tranquilo(a) .....	①	②	③	④	

(Edição Experimental - Tradução e adaptação de Emanuel Ponciano)

CONTINUA NO VERSO DA FOLHA

## QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Forma Y-2

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INSTRUÇÕES: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita indicando como *habitualmente* se sente. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como habitualmente se sente.

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
31. Sinto-me bem disposto(a) .....	①	②	③	④
32. Sinto-me nervoso(a) e agitado(a) .....	①	②	③	④
33. Sinto-me satisfeito(a) comigo mesmo .....	①	②	③	④
34. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser .....	①	②	③	④
35. Sinto-me um "falhado(a)" .....	①	②	③	④
36. Sinto-me descansado(a) .....	①	②	③	④
37. Sou "calmo(a), indiferente e sereno(a)" .....	①	②	③	④
38. Sinto que as dificuldades se amontoam de maneira que não consigo ultrapassá-las .....	①	②	③	④
39. Preocupo-me com coisas que na realidade não têm importância .....	①	②	③	④
40. Sou feliz .....	①	②	③	④
41. Tenho pensamentos que me perturbam .....	①	②	③	④
42. Tenho falta de confiança em mim próprio(a) .....	①	②	③	④
43. Sinto-me seguro(a) .....	①	②	③	④
44. Tomo facilmente decisões .....	①	②	③	④
45. Sinto-me incapaz .....	①	②	③	④
46. Estou satisfeito(a) .....	①	②	③	④
47. Alguns pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem-me .....	①	②	③	④
48. Tomo as contrariedades tão a sério que não consigo deixar de pensar nelas ..	①	②	③	④
49. Sou uma pessoa imperturbável .....	①	②	③	④
50. Quando penso nos assuntos que tenho entre mãos fico tenso e a "ferver por dentro" .....	①	②	③	④

(Edição Experimental - Tradução e adaptação de Emanuel Ponciano)

## **ANEXO 4**

### **BRIEF COPE**

(Coper, 1997; versão portuguesa adaptada por Ribeiro & Rodrigues, 2004).

## BRIEF COPE

### INSTRUÇÕES

Os itens abaixo relacionam-se com modos de lidar com o stress na sua vida, desde que descobriu que estava paciente. Há muitas maneiras de tentar lidar com os problemas e obviamente que diferentes pessoas lidam com os problemas de maneiras diferentes. Gostaria de conhecer a maneira como tem lidado com as situações que lhe têm surgido. Este questionário é anónimo. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor preencha-o o mais honestamente possível, pois assim, os dados colhidos serão mais exactos. Demore o tempo que for necessário. Se tiver dúvidas, coloque-as ao investigador.

	Nunca faço isto	Por vezes faço isto	Muitas vezes faço isto	Faço sempre isto
1. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	0	1	2	3
2. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho).	0	1	2	3
3. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	0	1	2	3
4. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.	0	1	2	3
5. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	0	1	2	3
6. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	0	1	2	3
7. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).	0	1	2	3
8. Procuro o conforto e compreensão de alguém.	0	1	2	3
9. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	0	1	2	3
10. Rezo ou medito.	0	1	2	3
11. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.	0	1	2	3
12. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.	0	1	2	3
13. Faço críticas a mim própria.	0	1	2	3
14. Culpo-me pelo que está a acontecer.	0	1	2	3
15. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	0	1	2	3
16. Tento aprender a viver com a situação.	0	1	2	3
17. Fico aborrecida e expresso os meus sentimentos (emoções).	0	1	2	3

	Nunca faço isto	Por vezes faço isto	Muitas vezes faço isto	Faço sempre isto
18. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	0	1	2	3
19. Tenho dito para mim própria: “isto não é verdade”.	0	1	2	3
20. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.	0	1	2	3
21. Refugio-me noutras actividades para me distrair da situação.	0	1	2	3
22. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras.	0	1	2	3
23. Desisto de me esforçar para obter o que quero.	0	1	2	3
24. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo.	0	1	2	3
25. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.	0	1	2	3
26. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.	0	1	2	3
27. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	0	1	2	3
28. Enfrento a situação com sentido de humor.	0	1	2	3

## **ANEXO 5**

### **QUESTIONÁRIO DE SAÚDE REDUZIDO (SF-36)**

(Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; versão portuguesa de Ferreira, 2000).



# QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**1. Em geral, diria que a sua saúde é:**

<b>Óptima</b>	<b>Muito boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Razoável</b>	<b>Fraca</b>
1	2	3	4	5

**2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:**

<b>Muito melhor</b>	<b>Com algumas melhoras</b>	<b>Aproximadamente igual</b>	<b>Um pouco pior</b>	<b>Muito pior</b>
1	2	3	4	5

**3 As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?**

*(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)*

	<b>Sim, muito limitado/a</b>	<b>Sim, um pouco limitado/a</b>	<b>Não, nada limitado/a</b>
a. <b>Actividades violentas</b> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes .....	1	2	3
b. <b>Actividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa .....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia ....	1	2	3
d. Subir <b>vários</b> lanços de escada .....	1	2	3
e. Subir <b>um</b> lanço de escadas .....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se .....	1	2	3
g. Andar <b>mais de 1 Km</b> .....	1	2	3
h. Andar <b>várias</b> centenas de metros .....	1	2	3
i. Andar <b>uma</b> centena de metros .....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

**4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
d. Teve <b>difficuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos cuidadosamente</b> do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

**Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.**

**Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade? .....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a? .....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? .....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia? .....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a? .....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a? .....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz? .....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a? .....	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros .....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa .....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar .....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima .....	1	2	3	4	5

**MUITO OBRIGADO**

**ANEXO 6**  
**AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS**



marcia correia &lt;marciafcorreia7@gmail.com&gt;

---

## Pedido de Autorizacao

---

**José Luis Pais Ribeiro** <jlpr@fpce.up.pt>

24 de Novembro de 2013 às 00:50

Para: marcia correia &lt;marciafcorreia7@gmail.com&gt;

Aurizo o uso o do brief cope.

O SF 36 deve ser pedido ao professor Pedro Ferreira da faculdade de economia da univ. de coimbra que fez a adaptação do istrumento

José Luís Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

---

De: marcia correia [[marciafcorreia7@gmail.com](mailto:marciafcorreia7@gmail.com)]

Enviado: sábado, 23 de Novembro de 2013 14:25

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de Autorizacao

[Citação ocultada]

—

This message has been scanned for viruses and dangerous content by MailScanner<<http://www.mailscanner.info/>>, and is believed to be clean.



**Centro de Estudos  
e Investigação em Saúde  
da Universidade de Coimbra**



rimas@fe.uc.pt  
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 26 de setembro de 2014

Ex.ma Senhora:

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 (*MOS Short Form Health Survey – 36 Item - version 2*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite (i) medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; (ii) monitorizar doentes com múltiplas condições; (iii) comparar doentes com condições diversas; e (iv) comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2013; 30(2): 163-171.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13: 119-127.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/SF36>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

*Carta enviada por correio eletrónico*

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
Av. Dias da Silva, 165; 3004-512 Coimbra • Portugal  
Tel./Fax (+351) 239 790 507